

ESTUDIO DE LA PANDEMIA

ANÁLISIS CIENTÍFICO INDEPENDIENTE

Dr. Sergio J. Pérez Olivero

Licenciado y Doctor en Ciencias Químicas

OBJETIVO

Desde un punto de vista puramente científico, arrojar un poco de luz entre tanta tiniebla, aportando información objetiva. Para ello, iré analizando, punto por punto, cada uno de los dogmas incluidos dentro de la “nueva normalidad".

INTRODUCCIÓN

Corren tiempos oscuros para la naturaleza del ser humano en sí misma. A finales de 2019, nuestro mundo como lo conocíamos, dejó de existir. Dio paso a lo que algunos llamaron “nueva normalidad” que vino acompañada de un discurso “oficial" y que implicaba la transgresión de una línea hasta ese momento intocable: los derechos fundamentales.

Desde ese momento, dichos derechos fundamentales, garantes de la libertad individual del ser humano, pasaron a ser aspectos secundarios en virtud de un supuesto bien común, circunstancia, que fue avalada por innumerables medios de “comunicación” que día tras día, repetían dicho discurso “oficial”, quizá, con la finalidad de convertirlo en una especie de mantra de concienciación para una crédula población y, que fue adoptado por políticos y hasta por miembros de las FCSE, como mandamiento divino incuestionable.



Email correspondencia: estudiodelapandemia@gmail.com

ÍNDICE

ÍNDICE

ÍNDICE

ÍNDICE

ÍNDICE

CONCLUSIONES

1. El “fastuoso” mundo “Covid” que rodea al supuesto virus conocido como SARS-CoV-2, creció muy rápidamente a partir de un marketing programado e impulsado por las autoridades, medios de comunicación e instituciones que fue aceptado sin cuestionar por buena parte de la sociedad, y que les llevó a interiorizar el mantra de que el supuesto virus existe y punto. Sin embargo, no se ha demostrado científicamente la existencia del SARS-CoV-2. Es un virus teórico que se inventó usando secuencias de bases de datos genómicas, que se ensambló digitalmente a partir de una base de datos informática, y que nunca se ha aislado y purificado de forma adecuada para que pueda secuenciarse de un extremo a otro derivado de tejido vivo como una estructura única completa.

2. Un discurso que se basa en la existencia de un supuesto virus para intentar “cambiar” la definición de derecho fundamental, necesita de alguna forma de diagnóstico que permita mantener una intensa campaña del miedo para conseguir suprimir el pensamiento crítico de las personas. En este papel encajan perfectamente los dos métodos de diagnóstico que actualmente están autorizados, fundamentalmente la PCR, que tiene una gran capacidad para identificar al culpable equivocado en una infección y sacarlo de toda proporción. Tiene un gran potencial para magnificar las cosas creando oportunidades para todos aquellos que se beneficiarían al hacer montañas de montículos de arena y pandemias globales a partir de epidemias estacionales relativamente ordinarias. La fe en las pruebas rápidas conduce a una epidemia que no lo fue.

   Podemos afirmar que, realmente, no existe un método de diagnóstico válido para diagnosticar el síndrome conocido como Covid-19. No existe una prueba legítima que pueda identificar con precisión la presencia del supuesto SARS-CoV-2 y mucho menos, que pueda diferenciar entre supuestas variantes. Por tanto, no existe una base científica para confirmar la existencia de una pandemia. La Covid-19 no es una entidad clínica definible y, por lo tanto, cualquier presentación, incluso si es completamente asintomática, puede clasificarse como otro caso de la supuesta enfermedad.

3. Otro de los mantras repetidos hasta la saciedad para mantener una narrativa e intentar justificar el uso de la mascarilla, es que el supuesto virus se transmite por el aire, independientemente de si la persona presenta síntomas o no. Contrariamente a lo que nos dicen, aún suponiendo que existiera, el supuesto virus conocido como SARS-CoV-2, no es un virus respiratorio; no tiene sustento científico el que personas sin sintomatología puedan contagiar a otros por hablar, cantar, o respirar.

   Incluso si así fuera, el cubrebocas, no serviría absolutamente para nada. Ni protege a la persona del contagio, ni evita la propagación del supuesto virus. Sin mencionar las graves consecuencias que puede tener para la salud de la persona, especialmente si es un niño. Esto quiere decir, que todos los mandatos de mascarillas que hemos tenido que sufrir, solo han servido para enriquecer a los fabricantes a costa de poner en peligro la salud de los usuarios y para limitar los derechos y libertades de los ciudadanos.

4. Una vez que ya se ha suprimido el pensamiento crítico de la gente, la narrativa oficial necesita de alguna herramienta que le permita justificar los resultados obtenidos con los falsos métodos de diagnóstico y de paso, mantener la campaña del miedo. Aquí es donde entra la famosa figura del asintomático y su "alta" capacidad de transmisión. Sin embargo, no existen pruebas científicas claras de que la transmisión asintomática, sea la mayoritaria. La evidencia que respalda esta afirmación, sigue siendo en gran medida inexistente, exagerada y sin fundamento. Una persona sin síntomas, no es una persona enferma, la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, siempre será ínfima comparada con la probabilidad de transmisión por parte de una persona sintomática.

5. Los datos obtenidos con los falsos métodos de diagnóstico y con la figura de la transmisión asintomática de un supuesto virus altamente peligroso, le han permitido a las autoridades "jugar" con nuestras libertades por un supuesto bien común y encima sin que buena parte de la sociedad lo cuestionara. Sin embargo, es muy evidente que absolutamente todas las medidas restrictivas que se han empleado para controlar la supuesta pandemia, han sido ineficaces. Ni han frenado la transmisión, ni han reducido las muertes. Para lo que sí han sido eficaces, es para "redefinir" nuestros derechos fundamentales y para devastar la salud física y mental de las personas, además de para hundir la economía. Los encierros en casa, los bloqueos, el uso de mascarillas, el distanciamiento social, el cierre de las escuelas; carecen de justificación científica que respalde su utilidad.

6. La piedra angular de la campaña del miedo con la que se ha bombardeado continuamente a la población, es la supuesta peligrosidad del supuesto virus. Contrariamente a lo que se nos ha querido hacer creer, la Covid-19 no es más peligrosa que una gripe. La brutal campaña de marketing para la "vacunación" compulsiva de la población, necesita apoyarse en la peligrosidad del supuesto virus, de igual forma que necesita esconder la existencia de tratamientos alternativos mucho más eficaces que los sueros experimentales y minimizar el hecho de que la inmunidad natural, es infinitamente superior y más duradera que la que teóricamente otorgan lo que algunos llaman "vacunas". Lograr la inmunidad de rebaño inducida por las "vacunas" antiCovid es científicamente imposible; si queremos evitar más infecciones y detener la transmisión del supuesto virus, la inmunidad natural lo puede lograr pero la teórica inmunidad "vacunal" actual, no.

7. La herramienta principal con la que las autoridades e instituciones han intentado fomentar las inoculaciones de los sueros experimentales y de paso limitar nuestros derechos fundamentales, se llama pasaporte/certificado Covid. Bajo el auspicio de evitar la supuesta transmisión, han fomentado la discriminación de los no "vacunados" sin ningún tipo de escrúpulos y sin ninguna base científica que los respalde, puesto que los "vacunados" contagian igual o más que los no "vacunados" y sufren más muertes, más hospitalizaciones y se contagian más que los no "vacunados", con lo cual, aunque intenten taparlo, el pasaporte/certificado Covid, no vale para lo que dicen que vale.

Se ha culpado a los no "vacunados" de la situación que llevamos tiempo viviendo y que según algunos, ha llevado a las autoridades a tener que utilizar el pasaporte. Sin embargo, la realidad, es que los no "vacunados", no son culpables de nada. Es una falsedad científica afirmar que estamos viviendo una "pandemia de no vacunados" o afirmar que los supuestos nuevos contagios se deben a los no inoculados. La carga viral de los inoculados, incluso con la pauta completa, es igual o mayor que la de los no "vacunados", llegando a poder ser hasta 251 veces más alta.

Es muy clara la evidencia de que las "vacunas" antiCovid no pueden terminar con la supuesta pandemia, de hecho, podrían impedir que desaparezca de forma natural. Lo que realmente podemos afirmar con justificación científica y además con el respaldo de los datos, es que lo que estamos viviendo es una "pandemia de vacunados".

8. A una población crédula y sumisa hasta el extremo, se le ha dicho: que las "vacunas" son la única solución para terminar con la supuesta enfermedad; o que si no se "vacunan" enfermarán gravemente o morirán; o que se inoculen para proteger a los demás; o que estarán "inmunizados" primero con solo 2 dosis y luego con millones de refuerzos continuos; o que cuando se inoculara el 70% de la población, ya habría inmunidad de rebaño; o que si se contagiaban estando "vacunados", les daría más leve.

Absolutamente todo es falso, digamos que han sido muy "creativos" con la verdad; los sueros experimentales, mal llamados "vacunas" antiCovid: ni son vacunas, ni son necesarias dada la baja mortalidad del supuesto virus, ni son seguras (muy especialmente para los niños y adolescentes), ni son efectivas. No protegen al inoculado, no evitan el contagio, no reducen la gravedad y son peligrosas para la salud, no solo de la persona "vacunada" sino también de los que la rodean al convertir a los inoculados en auténticas incubadoras y super-propagadores de la supuesta enfermedad, tras debilitar su sistema inmunológico. No solo son peligrosas por la famosa proteína espiga, que es altamente patógena y que, justamente, es la que produce el cuerpo tras la inoculación, también por componentes declarados de las "vacunas".

Los sueros, más que mejorar la situación, la han empeorado; en todas partes del mundo donde se administran ampliamente las "vacunas" antiCovid, se está experimentando un aumento masivo en el exceso de mortalidad. Cuanto mayor es la tasa de "vacunación", mayor es el exceso de mortalidad; circunstancia que se favorece aún más, con las dosis de refuerzo. La afirmación de que las altas tasas de "vacunación" universales conducirán a la inmunidad colectiva y evitarán brotes de Covid-19, ha quedado desmentida.

Las "vacunas" y sus interminables refuerzos, son ineficaces para detener la supuesta enfermedad. Empeoran las cosas creando una necesidad perpetua de más y más refuerzos para intentar contrarrestar el problema inicial de falta absoluta de efectividad. Si alguien toma una "vacuna" de refuerzo, se está administrando una forma progresiva aún más rápida de deterioro de su sistema inmunológico, además de agotarlo. El análisis de riesgo-beneficio para estas "vacunas" se ha convertido ahora en un análisis de riesgo-detrimento. Cuantas

más inyecciones se pone una persona, más rápido progresará dicho deterioro, cuantas más dosis sigan recomendando para la gente, más incrementan el riesgo de ADEs. Mientras que los no "vacunados" están alcanzando inmunidad sub-manada contra Covid-19, las "vacunas" impiden que los completamente "vacunados" la alcancen.

Si siguen intentando detener o erradicar al supuesto SARS-CoV-2 mediante la "vacunación", están condenados a fracasar; las campañas de vacunación nunca y en ningún lugar han controlado una epidemia.

Las nuevas "vacunas" Covid, crean peligros potenciales que podrían ser peores que las propias infecciones por Covid-19. El plan para inmunizar rápidamente a la población mundial con "vacunas" Covid-19 que contienen o codifican la proteína Spike y que supuestamente confiere unos pocos meses de seguridad, es extremadamente arriesgado. El hecho de colocar las "vacunas" en el mercado, es aun más irresponsable cuando científicamente ha quedado demostrado que realmente es esa proteína y no el virus en sí mismo, la que causa el mal. Esta política de inmunización tiene el potencial para resultar en un evento catastrófico una vez se ha visto la gravedad de los efectos adversos a corto plazo y tras constatar que los ensayos indican que no se posee información sobre los posibles efectos adversos a medio y largo plazo, sobre los cuales además y de forma muy preocupante, se pueden hacer suposiciones con una buena base científica.

9. La siguiente "perla" que le han vendido a los "hipnotizados" ciudadanos, es que es necesario inocular a los niños, por su propio bien y por el de los demás. Habría que empezar por decir que aunque fuera cierto, nunca antes en la historia de la medicina, jamás, se había utilizado a los niños como escudo de protección de los adultos, es absolutamente grotesco que se anteponga la salud de los adultos con respecto a la de los niños. Sin embargo, eso no es lo más grave. Lo realmente grave es que encima, es totalmente falso lo que afirman.

La "vacunación" infantil contra la Covid, ni es necesaria, ni es segura para los niños. No les aporta ningún beneficio a ellos, ni tampoco a los adultos. La enfermedad en los niños tiene una bajísima incidencia y además, no se ha demostrado que ellos transmitan la enfermedad. Los riesgos, superan con creces a los beneficios. Numerosos estudios epidemiológicos respaldan la evidencia de que los niños y adolescentes no solo tienen menos probabilidades de desarrollar cursos de enfermedad Covid grave, sino que también son menos susceptibles y menos propensos a transmitir el supuesto SARS-CoV-2.

A pesar de los esfuerzos de los medios tradicionales y de las distintas administraciones por ocultar el hecho, el supuesto virus representa un riesgo prácticamente nulo para los niños, sin olvidar el hecho de que entre un 75 y un 85% de ellos ya han pasado la enfermedad y por tanto tienen inmunidad natural, que como he mencionado anteriormente, es muy superior y más duradera que la que teóricamente se adquiere tras la inoculación.

10. La última de la excusas de las autoridades e instituciones para tapar los desastres que están causando las "vacunas", son las famosas variantes y sus

diferentes peligrosidades. Cada nueva supuesta variante que "misteriosamente" aparece, viene acompañada de una intensiva campaña del miedo que le da la justificación perfecta a las autoridades para aumentar el número de test realizados, lo cual, provoca un elevado numero de falsos positivos, que a su vez, le dan la justificación a las autoridades para tratar de limitar de alguna forma nuestras libertades sin ninguna base científica. Mientras tanto, las farmaceúticas como supuestos salvadores del mundo, se apresuran a "inventar" a la velocidad del rayo, siempre por un supuesto bien común y con la "mejor" de las intenciones, una "solución milagrosa" que acabará con el problema, claro que siempre teóricamente porque luego la realidad es bien distinta, pero ya habrán hecho "caja". Luego aparecerá una nueva supuesta variante, que "curiosamente" será capaz de "evadir" la téorica protección que supuestamente tenían los inoculados y volvemos a empezar el círculo vicioso, para volver a hacer "caja".

Lo más "curioso" de todo, es que ni se puede demostrar científicamente la existencia de las famosas variantes, ni se puede demostrar científícamente que una sea más transmisible o más peligrosa que otra. Lo que sí está constatado científicamente es que la mayor presión selectiva la están ejerciendo los "vacunados" dado que la teórica inmunidad que confieren las "vacunas" es imperfecta y especializada en un solo blanco antigénico en comparación con la inmunidad que se genera durante infecciones naturales, que genera respuestas contra múltiples y diversos blancos antigénicos. Si esas variantes existieran, serían provocadas por las propias "vacunas" conviertiendo algo que no es peligroso en algo que sí lo puede ser. Una variante que evade la "vacuna" es una clara evidencia de que la "vacunación" masiva está detrás de las mutaciones más problemáticas, por lo que las recomendaciones de las autoridades, simplemente, no concuerdan con los datos disponibles.

Los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus, nunca han involucrado el uso del virus SARS-CoV-2 en sí. En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus. Todas son simulaciones por computadora de secuencias de genes específicas. La variante Ómicron no es diferente de la variante Delta o cualquier otra variante pasada o presente, ninguna de ellas se ha demostrado que exista en la naturaleza. Ómicron es la última actualización de una realidad virtual que se desconecta cada vez más del mundo natural y que "curiosamente", se originó en "vacunados" y afecta muy mayoritariamente a "vacunados".

Hablar de variantes de un virus cuya existencia no se ha probado, es científicamente imposible, de igual forma que es imposible científicamente, que un método de diagnóstico que no es válido para diagnosticar una supuesta enfermedad porque no es capaz de distinguir entre una gripe o un resfriado y el supuesto SARS-CoV-2; sea capaz de diferenciar entre supuestas variantes del supuesto virus.

Si hacemos un análisis de las afirmaciones incluidas en el discurso oficial basándonos en evidencias probadas en este informe, podemos decir lo siguiente:

- Los test PCR o de antígenos son efectivos para diagnosticar la "infección": FALSO
- El supuesto virus es respiratorio: FALSO
- El supuesto virus presenta una elevada mortalidad: FALSO
- Las personas sin síntomas contagian al hablar o al respirar: FALSO
- La principal forma de transmisión del supuesto virus, es a través de los asintomáticos: FALSO
- Confinar es la única manera de controlar al virus: FALSO
- Los encierros y los mandatos de mascarillas, son necesarios: FALSO
- Las tasa de transmisión del supuesto SARS-CoV-2 disminuye con el uso de las mascarillas: FALSO
- El poder de la inmunidad natural es mínimo: FALSO
- Tenemos sistemas de control efectivos en referencia a eventos adversos de las "vacunas": FALSO
- Con las "vacunas" podremos volver a la normalidad de siempre: FALSO
- Las "vacunas" son la única manera de alcanzar la inmunidad de grupo: FALSO
- Con estas "vacunas" alcanzaremos la inmunidad de grupo: FALSO
- Las inyecciones evitarán la "infección": FALSO
- Las inyecciones evitarán la propagación de la "infección": FALSO
- Si los "vacunados" se infectan, serán asintomáticos en la gran mayoría, les dará más débilmente que a los no "vacunados" y su carga viral será muy inferior a la de los no "vacunados": FALSO
- Ninguna persona "vacunada" sería hospitalizada o morirá por Covid: FALSO
- Las "vacunas" son seguras y los efectos secundarios de la inyección serán leves: FALSO
- Las "vacunas" las necesita todo el mundo, embarazadas incluidas. También quienes han pasado Covid-19: FALSO.
- Los niños necesitan la inyección: FALSO
- La "vacunación" de los niños, ofrecerá un beneficio a los adultos: FALSO
- La "vacuna" es segura para los niños: FALSO
- Los "vacunados" no contagian: FALSO
- Estamos viviendo una "pandemia de no vacunados": FALSO
- El pasaporte/certificado Covid, ayudará a evitar la propagación del supuesto virus: FALSO

- Podemos diferenciar entre supuestas variantes y determinar si una es más o menos peligrosa que otra, y más o menos transmisible: FALSO
- Las “vacunas” no van a forzar al virus a mutar: FALSO
- Hay que “vacunarse” por uno mismo y por los demás, y quien no se “vacuna” padece un egoísmo insufrible: FALSO
- No se pueden hacer comparaciones con otros países: FALSO
- Los que ponen en duda las normas son terraplanistas: FALSO
- En España el virus ha sido particularmente violento: FALSO

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Actualmente, la misión del laboratorio está basada, además de en la obtención de informes en un tiempo que asegure el apoyo a la clínica en la prevención y seguimiento terapéutico de enfermedades; en que esa información sea segura, precisa y de calidad para el paciente.

Las especificaciones técnicas que definen una prueba de laboratorio son: la sensibilidad, precisión, exactitud o especificidad; que se relacionarán directamente con el error o incertidumbre de dicha prueba, definidos como imprecisión (error aleatorio) e inexactitud (error sistemático).

El error se define, como la diferencia entre el valor verdadero y el obtenido experimentalmente. Los errores no siguen una ley determinada y su origen está en múltiples causas.

Se denomina error sistemático a aquel que es constante a lo largo de todo el proceso de medida y, por tanto, afecta a todas las medidas de un modo definido y es el mismo para todas ellas. Estos errores tienen siempre un signo determinado y las causas probables pueden ser:

- Errores instrumentales. También conocido como de aparatos, por ejemplo, el error de calibrado de los instrumentos.

- Error personal. En general, difícil de determinar y es debido a las limitaciones de carácter personal. Como, por ejemplo, los problemas de tipo visual.

- Errores de método de medida. Corresponden a una elección inadecuada del método de medida; lo que incluye tres posibilidades distintas: la inadecuación del aparato de medida, del observador o del método de medida propiamente dicho.

Se denominan errores accidentales a aquellos que se deben a las pequeñas variaciones que aparecen entre observaciones sucesivas realizadas por el mismo observador y bajo las mismas condiciones. Las variaciones no son reproducibles de una medición a otra y se supone que sus valores están sometidos tan sólo a las leyes del azar y que sus causas son completamente incontrolables para un observador. En su mayoría, presentan un valor absoluto muy pequeño y si se realiza un número suficiente de medidas, se obtienen tantas desviaciones positivas como negativas. Aunque con los errores accidentales no se pueden hacer correcciones para obtener valores más concordantes con los reales, sí pueden emplearse métodos estadísticos, mediante los cuales se pueden llegar a algunas conclusiones relativas al valor más probable en un conjunto de mediciones.

- La exactitud se define como el grado de concordancia entre el valor “verdadero” y el experimental. De manera que un aparato es exacto, si las

medidas realizadas con él son todas muy próximas al valor “verdadero” de la magnitud medida.

- La precisión hace referencia a la concordancia entre las medidas de una misma magnitud realizadas en condiciones sensiblemente iguales. De modo que, un aparato será preciso cuando la diferencia entre diferentes mediciones de una misma magnitud sean muy pequeñas.

- La sensibilidad, es el factor de respuesta del método o lo que es lo mismo, el cociente entre la variación de señal asociada a un determinado analito y la variación de su concentración o cantidad de un determinado patrón o estándar del mismo (si tuviésemos un solo patrón simplemente es el cociente entre señal debida al analito y concentración del mismo en la muestra o espécimen obtenido del paciente).

- La especificidad (también llamada selectividad), se define como la capacidad de un método analítico para medir exacta y específicamente el analito (elemento o sustancia analizada) sin interferencias de impurezas, productos de degradación o excipientes que pueden estar presentes en la muestra.

La sensibilidad y la especificidad de una prueba determinada no cambian con la prevalencia de la enfermedad en la población que se somete a la prueba. Sin embargo, ***la proporción de falsos positivos (personas que no tienen la enfermedad pero dan positivo) aumenta a medida que disminuye la prevalencia de la enfermedad***. **La prevalencia de una enfermedad cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad**.

Aunque inicialmente puede parecer desconcertante, esta es una realidad ineludible con cualquier prueba de diagnóstico que no sea 100% precisa.

La relación entre el número de personas que realmente tienen la enfermedad (verdaderos positivos) en comparación con el número de personas que dan positivo se define como el valor predictivo positivo (VPP) de la prueba.

Por lo tanto, el VPP de una prueba varía con la verdadera incidencia de la enfermedad en la población que se somete a prueba. El VPP de una prueba indica la probabilidad de que una persona que da positivo para una enfermedad realmente tenga la enfermedad.

Cuando uno pregunta: “Di positivo por Covid. ¿Cuáles son las posibilidades de que realmente tenga la enfermedad?” El VPP de la prueba es la respuesta que buscan.

¿Qué sucede cuando se implementa una prueba razonablemente precisa en una población que tiene una baja incidencia de enfermedades?

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos lo describe aquí. ***El uso de una prueba que tiene una especificidad alta del 98%***

en una población en la que 1 de cada 100 tiene la enfermedad (una prevalencia de la enfermedad del 1%) dará como resultado un VPP del 30 %.

En otras palabras, ***el 70% de los que den positivo no tendrán la enfermedad. Siete de cada 10 serán falsos positivos***.

Por otro lado, en una muestra clínica "sucia", hay más ***de una posible pieza de virus que podría replicarse. Hay bacterias, hongos, otros virus, células humanas, moco y más***. No es posible ***saber inequívocamente si una prueba se juzga "positiva" después de muchos ciclos, qué fue lo que se amplificó para dar la señal al final que llamamos "positiva"***. En el modo de pruebas masivas, de uso común, nadie ejecuta los llamados "controles positivos" a través de la cadena de custodia.

Cada prueba tiene una "tasa operativa de falsos positivos" (oFPR), donde un porcentaje desconocido de las muestras da positivo, incluso si no hay virus presente. Una buena oFPR sería inferior al 1%, pero, ¿y si es del 0.8% o del 0.1%, qué significa? Si se prueban 100 000 muestras diariamente, y la oFPR es del 0.8%, obtendrá 800 pruebas positivas o "casos", ***incluso si no hay virus en toda la comunidad***. A menudo, la "positividad", la fracción de pruebas que son positivas, está en ese rango, por debajo del 1%.

Un 25-30% de los errores del laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse prevenido. Otro conocido estudio en atención primaria de salud sobre la seguridad del paciente, concluyó que la prevalencia de eventos adversos fue de un 11.18%, siendo claramente evitables en un 70.2% de los casos. Dentro del proceso del laboratorio la identificación incorrecta de pacientes o muestras (22.06%), el retraso en la ejecución (32.35%), el retraso en el resultado (29.41%), el resultado erróneo (2.94%), el resultado de otro paciente (7.35%) y la indicación incorrecta de la prueba (4.41%); son las principales causas de error.

Pruebas analíticas para la detección de SARS-CoV-2

PCR

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR), es una técnica relativamente simple y ampliamente utilizada en el campo de la biología molecular para amplificar y detectar secuencias de ADN y ARN. Comparada con los métodos tradicionales de amplificación y clonación de ADN, los cuales a menudo toman días, la PCR requiere solo unas pocas horas. Es altamente sensible y requiere una plantilla mínima para la detección y amplificación de secuencias específicas. Lo métodos básicos de PCR han tenido grandes avances y hoy en día se puede hacer mucho más que simplemente amplificar fragmentos de ADN o ARN. A continuación se presenta un breve resumen de los principales tipos de PCR y sus diferencias (1) (2 (enlace alternativo)) (3).

A)*PCR*. **Es una prueba para uso en investigación** por la que su descubridor, Kary Mullis, recibió el premio Nobel de química en 1993. Se basa en la propiedad del ADN de autorreplicarse, por lo que en determinadas condiciones un fragmento o secuencia de ADN se puede copiar y multiplicar hasta llegar a concentraciones mensurables. Para el diseño de la PCR, es preciso contar con una serie de reactivos entre los que destaca la enzima ADN polimerasa, nucleótidos (elementos básicos de construcción de los ácidos nucleicos) y cebadores o iniciadores (primers) que son pequeñas cadenas de ADN que si son específicas se unirán al ADN diana (para formar la doble cadena característica del ADN) y en condiciones propicias químicas y físicas, irán incorporando nucleótidos hasta amplificar la secuencia original.

El mecanismo de la PCR es tan simple como su propósito: 1) El ADN doble cadena (dsADN) es desnaturalizado (separado en cadenas sencillas) por calor. 2) Los primers se unen a las secuencias compatibles en el ADN cadena sencilla. 3) Los primers son extendidos por la ADN polimerasa (en dirección 5' – 3'), dando como resultado dos copias de la molécula original de ADN doble cadena. Estas tres etapas comprenden un ciclo de amplificación en la PCR. Cada paso del ciclo debe ser optimizado por el investigador de acuerdo al ADN molde y el set de primers utilizados. Este **ciclo de amplificación se repite usualmente de 20 – 35 veces** y el producto amplificado puede ser analizado. La PCR es muy utilizada para amplificar el ADN para su posterior uso en otros experimentos. Esta técnica también tiene aplicaciones en pruebas genéticas o para la detección de ADN patógeno.

Como la PCR es un método altamente sensible y requiere volúmenes de reacción muy pequeños, es recomendable la preparación de una mezcla maestra (master mix) para varias reacciones. La mezcla maestra debe estar bien mezclada y debe dividirse por el número de reacciones, asegurando que cada reacción contenga la misma cantidad de enzima, dNTPs y cebadores (primers). Muchos proveedores ofrecen mezclas de PCR que ya contienen todo, excepto los primers y el ADN molde.

Las regiones con alto contenido de Guanina/citosina (GC) representan un desafío en técnicas de PCR convencional. Las secuencias ricas en GC son más estables que las secuencias con menor contenido (la guanina y la citosina se unen mediante tres puentes de hidrógeno, mientras que la timina y la adenina se unen mediante dos). Además, las secuencias ricas en GC tienden a formar estructuras secundarias, tales como bucles. Como resultado, las cadenas dobles ricas en GC son difíciles de separar por completo durante la fase de desnaturalización. En consecuencia, la ADN polimerasa no puede sintetizar la nueva cadena sin impedimento alguno. Una temperatura de desnaturalización más alta puede mejorar esto y ajustes hacia una temperatura de unión más alta y un tiempo de unión más corto, pueden evitar la unión inespecífica de primers ricos en GC. Ciertos reactivos adicionales pueden mejorar la amplificación de secuencias ricas en GC. El DMSO, el glicerol y la betaína ayudan a interrumpir las estructuras secundarias que son causadas por las interacciones GC y por lo tanto facilitan la separación de las hebras dobles.

B)*RT-PCR*. Cuando el material que se quiere amplificar es ARN, es preciso realizar un paso previo que consiste en transcribir la información contenida en dicho ARN al ADN complementario en virtud de la complementariedad de las bases y por tanto, de los nucleótidos que forman ambos ácidos nucleicos.

La PCR de transcripción inversa o RT-PCR, permite el uso de ARN como molde. Un paso adicional permite la detección y amplificación del ARN. El ARN se transcribe de forma inversa en ADN complementario (cADN) utilizando una transcriptasa inversa. La calidad y pureza del ARN molde es esencial para el éxito de la RT-PCR. El primer paso, es la síntesis de un híbrido ADN/ARN. La transcriptasa inversa también tiene una función RNasa H, que degrada la porción de ARN del híbrido. La molécula de ADN de cadena sencilla restante, sirve entonces como molde para la formación de cADN, mediante la actividad ADN polimerasa dependiente de ADN, de la transcriptasa inversa. La eficiencia de la reacción de la primera cadena puede afectar al proceso de amplificación. A partir de aquí, se utiliza el procedimiento de PCR convencional para amplificar el cADN. La posibilidad de revertir el ARN en cADN por RT-PCR tiene muchas ventajas. El ARN es monocatenario y muy inestable, lo que dificulta el trabajo con este material. Más comúnmente, sirve como un primer paso en qPCR, que cuantifica la cantidad de ARN que ha sido transcrito en una muestra biológica.

C)*RT-qPCR*. También llamada PCR cuantitativa o a tiempo real; consiste en una RT-PCR con la que además de identificar un fragmento de ARN, se pretende cuantificar. Para ello se añade a los cebadores un reactivo más, una sonda (probe) que consiste en un oligonucleótido (secuencia corta de ADN específico) marcado con un colorante fluorescente que permitirá medir la señal por emisión de dicha fluorescencia si se une al objetivo buscado.

Es un método nuclear que detecta la presencia de material genético específico de los patógenos, como los virus. Inicialmente el método utilizaba marcadores de isótopos radiactivos para detectar materiales genéticos específicos pero, tras la realización de mejoras, el marcado isotópico se ha sustituido por marcadores especiales, que suelen ser colorantes fluorescentes. A diferencia de la RT-PCR convencional, que solo arroja los resultados al final, esta técnica permite a los científicos observar los resultados de manera casi inmediata mientras el proceso sigue en curso. En el caso del coronavirus; se toma una muestra de una de las partes del cuerpo donde, supuestamente, se acumula el coronavirus, por ejemplo, la nariz o la garganta; se le aplican diversas soluciones químicas para eliminar ciertas sustancias, como las proteínas y las grasas, y se extrae solo el ARN de la muestra. Este extracto de ARN, consiste en una mezcla del material genético de la persona y, de estar presente, del ARN del coronavirus. Se procede a la transcripción inversa del ARN para convertirlo en ADN mediante una enzima específica. A continuación, los científicos añaden pequeños fragmentos adicionales de ADN que complementan determinadas partes del ADN vírico transcrito. Esos fragmentos se adhieren a partes específicas del ADN vírico de estar el virus presente en la muestra. Algunos de los fragmentos genéticos añadidos, sirven para crear la cadena de ADN durante la amplificación y otros, para producir ADN y añadir marcadores a las cadenas que se utilizan posteriormente para detectar el virus. A continuación, se introduce esa combinación en un aparato de RT-PCR,

donde se someten a ciclos de calor-frío para provocar determinadas reacciones químicas que dan lugar a nuevas copias idénticas de partes específicas del ADN vírico. Esos ciclos se repiten una y otra vez para seguir copiando las partes específicas del ADN vírico. En cada uno de ellos se duplican las cantidades: de dos copias, se pasan a cuatro; de cuatro, a ocho, y así sucesivamente. Para ello, se realizan tres pasos en cada ciclo (1) (2):

- *Desnaturalización*. Se calienta a más de 90 grados Celsius (194 grados Fahrenheit), el tubo que contiene la muestra de ADN. Esto logra separar el ADN bicatenario en dos cadenas. La temperatura elevada rompe las uniones relativamente débiles entre los nucleótidos que componen el código del ADN.

- *Hibridación*. Se aparean los cebadores u oligos al ADN molde. La PCR no copia todo el ADN en la muestra, sino solo una secuencia muy específica de código genético, el objetivo al cual se dirigen los cebadores de la PCR. Así por ejemplo, la Chlamydia tiene un patrón de nucleótidos específico de la bacteria, entonces la PCR copiará solamente las secuencias de ADN específicas que están presentes en la Chlamydia y ausentes en las otras especies de bacterias. Para lograr esto, se utiliza trozos cortos de ADN sintético (cebadores, oligonucleótidos sintéticos) que se unen, o hibridan, solo a secuencias en cualquier lado de la región del ADN diana. Se utiliza un cebador por cada cadena de ADN. Estos dos cebadores se unen al comienzo de la secuencia que copiarán, delimitando la secuencia. En este paso el tubo se enfría y la fijación del cebador se produce entre 40 y 60 grados Celsius (104 y 140 grados Fahrenheit). Las dos cadenas están listas para ser copiadas (amplificadas).

- *Extensión*. Copia de las cadenas delimitadas. Se eleva la temperatura aproximadamente 72 grados Celsius (161.5 grados Fahrenheit). Cada uno de los extremos 3'–OH de los oligos apareados a las cadenas directa y reversa serán extendidos, generándose las cadenas hijas correspondientes.

Amplificación de ciclo y confiabilidad

Ver también apartado titulado: "Limitaciones".

Es el nº de veces que se repite la amplificación del ADN para hacer que la posible presencia del objetivo diana, sea perceptible. Es un factor clave en la sensibilidad de la prueba y debe estar perfectamente estandarizado de acuerdo a la dosis infecciosa media de un microorganismo, si se quiere establecer una correlación con la carga viral del mismo.

En virología, cada laboratorio calibra el umbral de detección de un patógeno (aquí un virus), haciendo coincidir los ciclos de replicación genética con el número de virus encontrados en un volumen de muestras, de modo que la prueba sea positiva cuando el paciente tomado es sintomático y contagioso: esta es la titulación de la infectividad viral.

Se realiza infectando células en cultivo con concentraciones decrecientes de viriones y observando la dilución por debajo de la cual la mitad de los cultivos ya no crecen. Esta medida se expresa como el número de virus que infectan las células en cultivo por mililitro (TCID/ml, dosis infectivas de cultivo tisular por mililitro y TCID50/ml para la concentración media).

Solo se detectan fragmentos ***del virus si la PCR da positivo a los 24 ciclos de amplificación***, más allá de eso, la detección del virus ya no es significativa para la infectividad viral. Según los laboratorios y su valoración de la infectividad viral, se puede considerar razonablemente que ***más allá de 35 Ct el ARN encontrado corresponde a restos de virus simples ni contagiosos ni patógenos***, por tanto **un PCR por encima de 35 ciclos no es** fiable**. El mismo Kary Mullis,** decía **que si había que llegar a los 40 ciclos de amplificación, algo estaba muy mal en esa PCR**. Pues bien, se sabe que **todas las pruebas RT-PCR que se han hecho en España para SARS-CoV-2, se han realizado entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos** ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)).

En el estudio de La Scola, comprobaron que el porcentaje de cultivos virales positivos obtenidos de las muestras nasofaríngeas (teóricamente SARS-CoV2) y el número de ciclos a los que se detecto la infección, se correlacionaban de forma inversa. Así, mientras ***con 17 ciclos el test era totalmente preciso, a partir de ese número disminuía progresivamente alcanzando un nivel de error del 100% a partir del ciclo 34*****.**

El ciclo de cuantificación (Cq) está en el corazón de la precisión y reproducibilidad de la cuantificación. ***Según las directrices MIQE: "Los valores de Cq superiores a 40 son sospechosos porque implican una baja eficiencia y generalmente no se deberían tener en cuenta*****"**. MIQE significa información mínima para la publicación de experimentos de PCR cuantitativa en tiempo real y es un conjunto de directrices que describen la mínima información necesaria para evaluar las publicaciones sobre la PCR en tiempo real, también llamada PCR cuantitativa o qPCR. Las directrices MIQE se han desarrollado bajo la tutela de Stephen A. Bustin, profesor de Medicina Molecular, un experto en PCR cuantitativa de fama mundial y autor del libro A-Z of Quantitative PCR [todo sobre la PCR cuantitativa], que ha sido denominado "la biblia de la qPCR".

En última instancia, la confiabilidad de los resultados de RT-qPCR depende de la estandarización de mediciones, especialmente cuando se utiliza como herramienta de diagnóstico. Una forma imprescindible de lograr una cuantificación confiable es incluir una molécula de ARN de número de copias conocido como un pico de ARN (lo que los CDC reconocen no tener).

La velocidad y escala de la epidemia de Covid-19 ha dado como resultado una relajación de las normas estrictas que rigen los procedimientos llevados a cabo en laboratorios de diagnóstico clínico acreditados y otros. Claramente, una consideración primordial para usar cualquier prueba nueva o modificada, es informar con precisión y sensibilidad, reduciendo

el riesgo de registrar resultados falsos positivos o falsos negativos. Existe una necesidad urgente de generar estándares mínimos de validación y reporte.

Ciertamente, la inclusión de conocidos negativos y las muestras de control positivo con cada ejecución de prueba, es un parámetro de control de calidad esencial. Los cebadores y la sonda específicos del SARS-CoV-2, deben ser 100% específico para el virus y, por lo tanto, amplificar solo las secuencias virales. Los cebadores son el componente más crítico de un ensayo de RT-qPCR confiable, ya que sus propiedades controlan la exquisita especificidad y sensibilidad que hacen que este método sea excepcionalmente poderoso, ***siempre que la técnica se use correctamente***:

Hace unas décadas, los robots de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), los secuenciadores de ADN y las computadoras de alta velocidad fomentaron y acompañaron una gran revolución científica en virología. Reconociendo este cambio radical, algunos académicos ilustres alertaron a su comunidad científica sobre una peligrosa deriva de la investigación de la ecología viral, la patogénesis y el potencial de la enfermedad, junto con la identificación viral mediante pruebas. "En resumen", escribieron Calisher et al. (2001), "los notables avances en genética molecular han permitido la identificación rápida y precisa de los virus y de sus genomas; sin embargo, tales caracterizaciones hasta ahora solo pueden proporcionar información limitada sobre el fenotipo y el potencial de enfermedad de un virus".

Su documento de posición fue notado y su autor principal, el profesor Charles H. Calisher, fue entrevistado por Science (Enserink 2001).

"Gracias a técnicas como la PCR y la secuenciación, los laboratorios de diagnóstico de todo el mundo pueden realizar pruebas de alta sensibilidad para una batería de virus en cuestión de horas. Aunque todo eso es fantástico, ***una cadena de letras de ADN en un banco de datos dice poco o nada sobre cómo se multiplica un virus, qué animales lo portan, cómo enferma a las personas o si los anticuerpos contra otros virus podrían protegerlo contra él***. "***Solo estudiar secuencias, es como tratar de decir si alguien tiene mal aliento mirando su huella digital***", dice Calisher.

La cuestión fundamental planteada por Calisher et al. (2001) fue que, sin complementar las pruebas genómicas con información fenotípica y epidemiológica, "será mucho más difícil comprender y combatir el próximo virus peligroso que aparezca" (Enserink, 2001). En otras palabras, las teorías del "miasma" y el "germen" deben ir juntas, complementándose entre sí. Esa cuestión sacude los cimientos sobre los que se asienta el enfoque dominante de la gestión y la política de la supuesta pandemia de Covid-19. ***Una vez que se*** identificó ***el virus, la prueba positiva se asoció con estar enfermo***. Y las pruebas masivas se han defendido y desplegado en un esfuerzo bastante imposible para rastrear la difusión viral en tiempo real.

El 9 de marzo de 2022, la OMS renovó una vez más su llamamiento a la realización de pruebas masivas:

"A la OMS le preocupa que varios países estén reduciendo drásticamente las pruebas. Esto inhibe nuestra capacidad de ver dónde está el virus, cómo se está propagando y cómo está evolucionando. Las pruebas siguen siendo una herramienta vital en nuestra lucha contra la pandemia, como parte de una estrategia integral".

Este enfoque se basa en la** presunción **fatal de que podemos recopilar la imagen completa del fenómeno en curso en tiempo real, e incluso** pronosticarlo **a través del tiempo y el espacio. En una línea similar, la "vacunación" ha sido defendida y desplegada con el fin de erradicar la presencia viral y detener la propagación viral, a través de medidas discriminatorias contra los no "vacunados" en muchos casos.

Tanto para las pruebas masivas como para la "vacunación" masiva, se** descuidaron **las condiciones médicas reales y los contextos epidemiológicos. En consecuencia, una pregunta crítica quedó sin hacerse: cuando da positivo, ¿está realmente enfermo?

Basándose en lo que dice Calisher, ***dar positivo** no implica **necesariamente estar o enfermarse***. En pocas palabras, ***hemos estado** contando **los llamados "casos" mediante pruebas a personas dispares que portan fragmentos virales en sus tractos respiratorios superiores. Pero esta circunstancia no nos dice mucho sobre sus condiciones médicas** subyacentes**, ni las razones de su hospitalización o muerte***.

En primer lugar, ***las técnicas de prueba** nunca **son perfectas. Con baja** incidencia **viral (por ejemplo, 1%), una prueba con 99% de sensibilidad y 99% de especificidad es probable que genere solo un valor predictivo positivo del 50% (con una incidencia del 10%, un valor predictivo positivo del 90.91%). Además, los robots de PCR deben** calibrarse**, y los valores de calibración más altos no están correlacionados con la presencia activa viral en el huésped***.

Solo cuando una prueba correctamente calibrada es un** verdadero **positivo, puede indicar que el virus está presente activamente. Pero esta presencia no** implica **que su huésped esté o vaya a enfermarse.

Desde finales de la primavera de 2020, se dispone de evidencia estadística y médica que muestra qué personas son vulnerables y luego están expuestas en grave riesgo. De hecho, ***el desarrollo de enfermedades graves y resultados graves se ha** limitado **a una pequeña proporción de la población, la gran mayoría de los "casos" son inexistentes, leves o supuestos asintomáticos***.

De acuerdo con la Nueva Guía de Pruebas de Covid-19 del Departamento de Salud de Florida (Florida Health Depth 2022):

En conclusión, imaginemos si hacemos pruebas de resfriado a todas las personas que ingresan en los hospitales. Ciertamente podemos obtener oleadas estacionales de personas hospitalizadas con frío, pero ***esta última circunstancia no* agregaría *ninguna información relevante sobre su condición médica personal para fines de salud pública***.

Si bien el rastreo y aislamiento de contactos puede ser importante para algunas enfermedades infecciosas, es inútil y contraproducente para infecciones comunes como la influenza y la Covid-19. ***Un caso es solo un caso si una persona está*** enferma. ***Las pruebas masivas a individuos asintomáticos y no vulnerables son*** perjudiciales ***para la salud pública, inútiles y costosas***.

Un enfoque alternativo de salud pública puede buscar una protección focalizada de las personas vulnerables, incluso a través de campañas de vacunación voluntarias, confiando al mismo tiempo en la defensa inmune preexistente y la inmunidad natural emergente para las no vulnerables.

Si la PCR es el método más accesible a la mayoría de los países, lo más idóneo es usarla tratando de solventar, en la medida de lo posible, sus limitaciones. ***Para complementar la RT-PCR, es necesario contar con el apoyo de otras pruebas de diagnósticos que puedan servir para la vigilancia de la pandemia***. Cada prueba de diagnóstico debe interpretarse en el contexto de la probabilidad real de enfermedad, evaluada antes de realizar la prueba en sí. En el panorama epidemiológico actual, la probabilidad de que las pruebas Covid-19 den resultados falsos positivos es muy alta, con implicaciones significativas para las personas, el sistema de salud y la sociedad. ***Para Covid-19, la*** evaluación ***de la probabilidad previa a la prueba incluye síntomas, historial médico previo de Covid-19 o presencia de anticuerpos, cualquier exposición potencial a Covid-19 y la probabilidad de un diagnóstico alternativo. Cuando existe una baja probabilidad previa a la prueba, los resultados positivos deben interpretarse con precaución y es necesaria una segunda muestra probada para confirmación*****.**

Si una persona da positivo por PCR y se ha usado un umbral de 35 ciclos o más (como se describe en la mayoría de los laboratorios de Europa y EE.UU.), la probabilidad de que esta persona esté infectada es <3% y la probabilidad de que el resultado sea un falso positivo es del 97%**.** En 1996, el Dr. Gary Null entrevistó al fallecido **Dr. Kary B. Mullis**, el inventor de la prueba de PCR, afirmó ***que ninguna infección o enfermedad puede diagnosticarse con precisión con la PCR*****.** Uno de los principios básicos de la medicina ha sido correlacionar la sintomatología clínica, la exploración física y las pruebas complementarias para llegar a cualquier diagnóstico de enfermedad. ***Asumir que una persona totalmente asintomática está enferma de Covid-19 porque un test PCR con 40 ciclos de amplificación ha dado positivo, es simplemente una*** falsedad científica**.**

En junio de 2021, un estudio publicado en Journal of Infection, investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Duisburgo-Essen, en Alemania,

explicaron que es probable que más de la mitad de todas las pruebas de PCR "positivas" hayan sido personas que ni siquiera eran infecciosas:

"A la luz de nuestros hallazgos de que es poco probable que más de la mitad de las personas con resultados positivos en la prueba de PCR hayan sido infecciosos, ***la positividad de la prueba de RT-PCR no debe tomarse como una medida precisa de la incidencia infecciosa del SARS-C0V-2***. Nuestros resultados confirman los hallazgos de otros de que ***el uso rutinario de los resultados de la prueba de RT-PCR positivos como el estándar de oro para evaluar y controlar la infecciosidad no refleja el hecho de que el 50-75% de las veces un individuo que es positivo a la PCR, es probable que sea un resultado posinfeccioso***.Los individuos asintomáticos con resultados positivos en la prueba de RT-PCR tienen valores de Ct más altos y una menor probabilidad de ser infecciosos que los individuos sintomáticos con resultados positivos. ***Aunque se ha demostrado que los valores de Ct se asocian inversamente con la carga viral y la infectividad, no existe una estandarización internacional entre los laboratorios, lo que dificulta la interpretación de las pruebas de RT-PCR cuando se utilizan como herramienta para el cribado masivo***".

En un estudio italiano, se analizaron un total de 1639 hisopos nasofaríngeos (NPS) para Covid mediante PCR, utilizando una prueba de PCR Xpert® Xpress SARS-CoV-2 (Cepheid). De los 1639 hisopados, 36 (2.3%) fueron positivos; el resto fueron negativos. Diecisiete de los 36 pacientes positivos (47%) fueron positivos solo con un Ct alto. Por ejemplo, en 14 pacientes solo se detectó el supuesto gen N2, con Ct entre 38.0 y 43.4, mientras que en 3 muestras se amplificaron ambas regiones del supuesto genoma E y N, con Ct alto (37.6-45).

Para confirmar la positividad, las 17 muestras mencionadas anteriormente se volvieron a analizar con Cepheid y otros dos métodos de PCR (Altona o Elitech). Cinco de los 17 (29%) parecían ser verdaderos positivos. Sin embargo, 12 de los 17 (70.58%) resultaron ser falsos positivos. Solo 2 de estas 12 personas eran pacientes hospitalizados con síntomas similares a los de la Covid-19; el resto no tenía sospecha de tener Covid y había sido examinado antes de la operación o antes de la admisión al hospital, como parte de una política para detectar posibles infecciones asintomáticas de Covid no sospechadas.

El estudio anterior sugiere que ***una "prueba PCR Covid positiva débil" (una que es positiva solo en un Ct superior a 35) en una persona asintomática debe interpretarse con precaución***.

En otro estudio de pacientes evaluados, se confirmaron falsos positivos en el 7.1% de los pacientes de otorrinolaringología que se sometieron a exámenes de detección de Covid de forma rutinaria (con pruebas de PCR) antes de una cirugía de cabeza y cuello que se necesitaba con urgencia. Ese estudio involucró solo a un pequeño número de pacientes y debe interpretarse con mucha cautela. Sin embargo, ***este estudio, al igual que el estudio italiano, plantea la posibilidad de que, en algunos entornos, cuando las personas asintomáticas de Covid (o que solo tienen síntomas leves e inespecíficos) se someten a pruebas***

de detección de Covid con una prueba de PCR, la tasa de falsos positivos podría ser más alto de lo que hasta ahora se había dado cuenta.

Un detalle importante que no debemos de olvidar, es que la prueba PCR no detecta solo virus "vivo". ***También*** detecta ***pequeñas cantidades de fragmentos inofensivos, inertes, no viables y no contagiosos de virus "muertos": desechos virales***. Por virus "vivo" se entiende material genético viral que es capaz de infectar células (y replicarse dentro de esas células) y, por lo tanto, provoca una infección continua y es contagioso. Por virus "muerto" se entiende material genético viral (típicamente pequeños fragmentos virales) que está presente pero es inerte y no es capaz de infectar (es decir, replicarse dentro de) las células y, por lo tanto, no es contagioso ni causa una infección continua.

Si la gran mayoría de los "nuevos casos diarios de Covid" fueron personas que dieron positivo solo en un Ct superior a 34, ***es altamente*** probable ***que la positividad de muchas de estas personas se deba a la presencia de pequeñas cantidades de inertes, es decir, material viral*** no viable ***que viene a ser material*** no infeccioso ***sobrante de una infección anterior por el supuesto virus SARS-CoV-2 que había*** causado ***síntomas leves o ningún síntoma; y es posible que muchos otros fueran positivos por*** falsa positividad.

Veamos lo que dicen en una publicación:

"Uno de los factores que contribuye a esta sorprendente diferencia en el resultado entre estos dos brotes es la ***inexactitud de las pruebas RT-qPCR para el SARS-CoV-2, que generó una gran cantidad de resultados falsos negativos y falsos positivos que han inducido a error.***

La PCR se inventó para replicar, o amplificar, un segmento objetivo de ADN para la secuenciación del ADN sin pasar por una laboriosa clonación bacteriana. La PCR necesita un par de cebadores, ADN monocatenario de unas 20 bases de largo, para definir el segmento de ADN objetivo que se va a replicar. Pero ***la hibridación cebador/plantilla de PCR no es específica de secuencia porque los cebadores de PCR pueden unirse a ADN no diana y amplificar ADN no deseados si estos ADN están presentes y coinciden parcialmente con los cebadores en la secuencia de nucleótidos. Como resultado, confiar en la PCR, especialmente en la tecnología qPCR que utiliza números de Ct como sustitutos del análisis real del producto de la PCR, para el diagnóstico de enfermedades está destinado a generar falsos positivos***.

El ensayo de RT-qPCR ampliamente utilizado que se basa en un número de Ct como sustituto de la presencia física del ácido nucleico del SARS-CoV-2 en muestras clínicas ***es defectuoso***. Este estudio muestra que ***hay al menos un 42% de falsos positivos*** en las muestras de hisopos nasofaríngeos que se recolectaron y analizaron en enero de 2022 y se etiquetaron como positivos de RT-qPCR".

Las consecuencias de lo expuesto las ha constatado también la Dra. Dolores Cahill en octubre de 2020, cuando emprendió un proyecto para comprobar empíricamente las irregularidades de la prueba PCR que fue usada como fundamento para imponer las políticas de confinamiento a a nivel mundial, lo que permitiría a la gente tomar acciones legales contra autoridades médicas y gubernamentales. El proyecto consistió ***en secuenciar 1500 pruebas PCR que originalmente fueron registradas como SARS-CoV-2, pero que al ser secuenciadas en realidad resultaron ser influenza A y B***.

Si atendemos a lo que dicen los organismos oficiales:

Desde mayo de 2021, el gobierno sueco reconoció que la PCR no sirve para determinar si alguien es contagioso:

"***El ARN del virus puede detectarse a menudo durante semanas (a veces meses) después de la enfermedad, pero no significa que siga siendo contagioso***. También hay varios estudios científicos que sugieren que el contagio de Covid-19 es mayor en el periodo de la enfermedad".

El 20 de enero de 2021 la OMS emitió un comunicado en el que reconocen claramente que un positivo no es un enfermo de Covid:

"***El umbral de ciclo (Ct) necesario para detectar el virus es inversamente proporcional a la carga viral del paciente***. Cuando los resultados de la prueba no se correspondan con la presentación clínica, se debe tomar una nueva muestra y volver a analizarla utilizando la misma tecnología NAT o una diferente. ***A medida que disminuye la prevalencia de la enfermedad, aumenta el riesgo de falsos positivos***. ***La probabilidad de que una persona que tiene un resultado positivo (SARS-CoV-2 detectado) esté verdaderamente infectada con el SARS-CoV-2 disminuye a medida que disminuye la prevalencia, independientemente de la especificidad declarada***".

El documento describió las pruebas de PCR simplemente como una "***ayuda para el diagnóstico" y no otorgaba mayor peso a los resultados de las pruebas de PCR***: "La mayoría de los ensayos de PCR están indicados como ayuda para el diagnóstico, por lo tanto, los proveedores de atención médica deben considerar cualquier resultado en combinación con el momento del muestreo, el tipo de muestra, los detalles del ensayo, las observaciones clínicas, el historial del paciente, el estado confirmado de cualquier contacto e información epidemiológica".

"Escondido" en una evaluación de impacto ("IA") de 110 páginas titulada "Validación de las pruebas de Covid-19 en el mercado privado", ***la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido ("UKHSA") admite que la calidad de las pruebas de Covid utilizadas en el Reino Unido es deficiente***. No es una evaluación de impacto en la salud. Es un informe para estimar el impacto económico si las autoridades sanitarias validaran si los kits de prueba de Covid cumplen con los estándares de calidad.

"***La*** validación ***de los dispositivos de prueba Covid-19*** para su uso en el programa nacional de pruebas masivas y partes del NHS por parte del Grupo de Validación de Dispositivos de Flujo Lateral (LVG) y el Grupo de Validación Técnica (TVG) estableció ***disparidades consistentes entre las afirmaciones de los fabricantes (incluidos los resultados de campo para productos seleccionados) para sus dispositivos y el rendimiento real de esos dispositivos, incluso para dispositivos de buen rendimiento***. ***Esto puede*** conducir ***a un mayor riesgo de resultados de prueba inexactos cuando se utiliza para la prueba***".

"El rendimiento exagerado permitido bajo la marca CE, actualmente permite que el rendimiento se evidencie como el fabricante lo considere adecuado. ***Existe un problema claro de que la calidad de las pruebas disponibles en el mercado no era*** consistente ***con su rendimiento en el mundo real y, por lo tanto, aquellos que confían en sus resultados se*** arriesgan ***a confiar en resultados falsos***".

La UKHSA afirma que son "responsables de proteger a cada miembro de cada comunidad del impacto de enfermedades infecciosas, incidentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares y otras amenazas para la salud". ***Al*** no validar ***productos médicos ampliamente utilizados por el público, están*** faltando ***a sus deberes y responsabilidades***.

UKHSA señaló que, hasta la fecha, aproximadamente 114 productos han pasado por el proceso de validación de TVG y solo 14 han sido validados. Esto es similar para la validación de LFD, donde 101 han pasado por el proceso de validación y solo 20 validaron.

Incluso cuando se usa de manera correcta y precisa, una prueba de PCR no puede diagnosticar ***una enfermedad o determinar si una persona está enferma o es infecciosa. Es una herramienta de*** investigación***, no una herramienta de diagnóstico***.

Si se tratase de unos pocos casos, los diagnósticos erróneos no tendrían demasiada importancia, pero cuando ese error probablemente implica, como hemos visto, hasta a un 97% de los diagnosticados de Covid-19 hasta la actualidad (a fecha de 07 de junio de 2022, el número de casos confirmados de Covid-19 a nivel mundial se situaba en torno a los 533 millones), se trata de un error de proporciones monstruosas con enormes repercusiones sociales, sanitarias y económicas a nivel mundial. ***De la misma forma, una parte significativa de los fallecimientos por infartos, cáncer, accidentes cerebrovasculares, traumatismos y otras enfermedades; han sido etiquetados erróneamente con Covid-19 solo por dar positivo a un test PCR amplificado 40 ciclos o más.***

La estrategia para usar las pruebas PCR

Utilizado en epidemiología, como en la virología de las infecciones respiratorias, es necesario que la detección corresponda a una estrategia de prueba:

- O buscamos el más mínimo virus con vistas al aislamiento y la erradicación de la circulación viral: esta es la estrategia de supresión.

- O tratamos de identificar precozmente los sujetos más contagiosos o los más infectados, para acudir en su ayuda y limitar el contagio: esta es la estrategia de mitigación.

La primera estrategia (**supresión**), consiste en "desatar" los umbrales de detección del virus, para no dejar que ninguno de ellos escape a nuestro control. Pero esto ***solo tiene sentido cuando el virus es muy mortal y solo se puede erradicar por la mortalidad natural de los sujetos infectados o por la recuperación gracias a la inmunidad natural y por los cuidados prestados***, como en el caso de la enfermedad del Ébola por ejemplo. Pero no es el caso de ***la supuesta Covid-19***, que es muy poco letal y por tanto no desaparece de la población con la muerte de sus portadores, y que, además, está presente en varias especies animales. ***Se trata de lo que algunos llamarían el fenómeno de portación sana o asintomática, porque la supuesta expresión del virus SARS-Cov-2 en humanos varía desde la ausencia de síntomas hasta la neumopatía viral grave, incluyendo el resfriado común y su expresión otorrinolaringológica y bronquial benigna***.

En la segunda estrategia (**mitigación**), el umbral de detección debe elegirse de acuerdo con el costo logístico y financiero de la prueba PCR y el beneficio esperado sobre la limitación de la circulación viral. En junio de 2021, en sus recomendaciones para estrategias de laboratorio, la OMS afirmó que "***la detección masiva de personas asintomáticas no es una estrategia recomendada actualmente, debido a los costos significativos y la falta de datos sobre su efectividad operativa***".

Sin embargo, el número recomendado de ciclos de PCR se ha mantenido tal y como estaba establecido hace 2 años, por encima de 35 Ct, ***un número de ciclos que sólo puede entenderse si se busca detectar el más mínimo virus en los portadores, en una estrategia de supresión que ahora sabemos que es imposible*** (presenta un altísimo error). Hubiera sido necesario tener el coraje científico y político de adaptar la estrategia de uso de la prueba PCR a la lógica de la difusión, ***volviendo a su uso habitual con calibración en cultivo viral y respuesta de la prueba entregada con el umbral de interpretación*** (el problema es que no hay constancia científica del aislamiento).

Gold Standard

En la actualidad, el hisopado nasofaríngeo, seguido de la transcripción inversa del ARN extraído y la PCR cuantitativa (RT-qPCR), es el estándar de oro para la detección de la infección por SARS-CoV-2, sin embargo, ***solo un virus, probado mediante aislamiento y purificación, puede ser un estándar de oro sólido, solo el aislamiento del virus, es decir, una prueba inequívoca de virus, puede ser el estándar de oro***.

Jessica C. Watson, de la Universidad de Bristol, confirma esto. En su artículo "Interpretando el resultado de una prueba Covid-19", publicado en The British Medical Journal. Ella escribe que ***hay una "falta de un 'estándar de oro' muy claro para las pruebas Covid-19***".

No hay pruebas ***de que el ARN que supuestamente han encontrado, sea de origen viral***. ***Primero se necesita saber de dónde*** proviene ***el ARN para el cual están calibradas las pruebas de PCR y, para ello, primero debe ser aislado y purificado***; esto es un requisito previo esencial para probar la existencia de un virus y, por lo tanto, demostrar que el ARN de la partícula en cuestión proviene de un nuevo virus.

La razón de esto, es que la PCR es extremadamente sensible***, lo que significa que puede detectar incluso las piezas más pequeñas de ADN o ARN, pero no puede determinar de dónde provienen estas partículas***. Eso tiene que determinarse de antemano. Y debido a que las pruebas de PCR están calibradas para secuencias de genes (en este caso, secuencias de ARN porque se cree que el SARS-CoV-2 es un virus de ARN), debemos saber que estos fragmentos de genes son parte del virus buscado. Y para saber eso, ***se debe*** ejecutar ***el correcto aislamiento y purificación del presunto virus***. ***Aún no hay una micrografía electrónica que*** muestre ***el grado de purificación***.

Se debe comparar la posible presencia de un fragmento u objetivo vírico del SARS-CoV-2 en la muestra tomada del paciente y una determinada cantidad conocida (o concentración conocida si se pretende cuantificar, es decir, medir carga viral) de un estándar del mismo fragmento vírico extraído de un cultivo de SARS-CoV-2. ***No se ha*** determinado ***la dosis infecciosa media del SARS-CoV-2 mediante cultivo celular, por lo que se carece de un verdadero estándar de cuantificación*** que, dicho sea de paso pero no menos importante, sería el verdadero GOLD STANDARD o estándar de oro de la RT-PCR. ***A pesar de que en varios medios se afirma sin rubor que la RT-PCR es el gold standard para SARS-CoV-2, una prueba*** nunca ***puede ser un estándar o referencia de sí misma, para el SARS-CoV-2 el único estándar de oro válido es el cultivo del virus que es lo único que permite su estudio y determinación de su*** infecciosidad. ***Para obviar este problema, se han utilizado, y se siguen utilizando como estándares del virus, ARNs retrotranscritos in vitro, es decir fragmentos de ARN sintéticos obtenidos de bancos genómicos, que imitan los objetivos o secuencias víricas que se quiere determinar***. Una excusa que se ha puesto es que ha sido para no manipular directamente el virus, pero se sabe que los virus fuera de las células no mantienen su infecciosidad y menos aún los de cadena de ARN inverso como es el caso del SARS-CoV-2.

En un estudio publicado en la revista médica The Lancet:

"La prueba de Sars-Cov-2 es esencial para el manejo de Covid-19 y se ha basado en la tecnología de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (PCR). La PCR busca el código genético del virus en hisopos nasales o faríngeos y lo amplifica en 30-40 ciclos, duplicando cada ciclo para que se puedan detectar copias diminutas y potencialmente aisladas. ***Los fragmentos de ARN pueden***

persistir durante semanas después de que se haya eliminado el virus infeccioso. A menudo, en personas sin síntomas o con exposiciones conocidas".

También menciona lo devastador que ha sido y está siendo para el "bienestar social" y la economía usar esta prueba como método de detección de la Covid.

"No obstante, ***la acción de salud pública requiere un enfoque diferente***. Las pruebas para frenar la propagación de Sars-Cov-2 no preguntan si alguien tiene ARN en la nariz debido a una infección anterior, si***no más bien si es infeccioso en la actualidad***. Hay ***una pérdida neta para la salud, el bienestar social y económico de las comunidades*** cuando los individuos posinfecciosos dan positivo y se aíslan durante 10 días".

El estudio concluye: "En nuestra opinión, ***las pruebas de PCR actuales no son el estándar de oro apropiado para evaluar una prueba de salud pública Sars-Cov-2"***.

Veamos las conclusiones de un artículo de febrero del 22 sobre las pruebas de diagnóstico de Covid-19:

"Está surgiendo rápidamente evidencia sobre la efectividad de las pruebas para el diagnóstico y manejo de Covid-19, pero ***persisten importantes incertidumbres sobre su efectividad y aplicación más apropiada. Las estimaciones de precisión diagnóstica deben interpretarse teniendo en cuenta la ausencia de un estándar de referencia definitivo para diagnosticar o descartar la infección por Covid-19***".

Limitaciones

Las principales deficiencias en la aplicación de ensayos de PCR al entorno clínico incluyen ***resultados falsos positivos por contaminación de ADN de fondo; la posibilidad de resultados falsos negativos en las pruebas; sensibilidad de detección superior a la significación clínica; y espacio de detección limitado del ensayo o plataforma para la identificación simultánea de múltiples especies, factores de virulencia o resistencia a fármacos***.

El uso generalizado de PCR en entornos clínicos se ha visto obstaculizado ***en gran medida por la contaminación de fondo de fuentes exógenas de ADN***. ***En la mayoría de los ensayos específicos de patógenos, la fuente predominante de contaminación*** deriva ***de productos "remanentes" de reacciones de PCR anteriores, que pueden*** albergarse y transmitirse ***a través de reactivos de PCR, tubos, pipetas y superficies de laboratorio***. ***Incluso cantidades muy pequeñas de contaminación por arrastre pueden servir como*** sustratos ***para la amplificación y dar lugar a resultados falsos positivos***.

Los problemas de contaminación son más pronunciados en los ensayos que utilizan cebadores universales, como los que se dirigen a regiones conservadas del gen eubacteriano 16S rRNA. En este caso, la presencia ubicua de ADN eubacteriano en el entorno o en los reactivos de trabajo puede dar lugar a resultados falsos positivos. Los intentos de descontaminar los materiales de PCR han implicado casi todos los métodos conocidos de destrucción del ADN, incluida la radiación ultravioleta, el tratamiento químico y la digestión enzimática. ***Ninguno de estos métodos ha*** demostrado ***ser completamente efectivo sin una disminución significativa de la sensibilidad del ensayo***.

Los ensayos de PCR para la detección microbiana, también pueden dar resultados falsos negativos. ***Por*** dos razones ***principales: el volumen de muestra relativamente pequeño permitido para las reacciones de PCR; y problemas asociados con el procesamiento de PCR. El volumen de muestra que la mayoría de los ensayos de PCR pueden admitir es bastante*** pequeño ***en relación con el volumen utilizado en los métodos de cultivo convencionales; como tal, en los casos en que la concentración de organismos infecciosos es baja, el ensayo puede arrojar resultados*** negativos falsos.

Varios obstáculos ***en el procesamiento de muestras también pueden dar lugar a resultados falsos negativos. Tres de los problemas que se encuentran con más frecuencia*** son***: (1) la eliminación inadecuada de los inhibidores de la PCR en la muestra, como la hemoglobina, los medios de hemocultivo, la orina y el esputo; (2) liberación ineficaz del contenido de ADN microbiano de las células; o (3) pobre recuperación de ADN después de los pasos de extracción y purificación***.

Los métodos convencionales para la detección de patógenos no serán reemplazados ***por ensayos basados en PCR si estos últimos no pueden elaborarse para caracterizar aún más los patógenos detectados***. Las secuencias genéticas contienen ricas fuentes de información que pueden analizarse para determinar las especies o cepas de los patógenos, los factores de virulencia y las susceptibilidades antimicrobianas. Sin embargo, para hacerlo en una sola reacción, se necesita la amplificación simultánea de varios genes diana. La repetición de amplificaciones con diferentes pares de cebadores, lo que se denomina multiplexación, es notoriamente difícil ya que a menudo una o más de las secuencias diana no se amplifican.

En lo que se refiere a la RT-PCR:

La precisión general de una RT-PCR, se basa en su sensibilidad que representa la capacidad de detectar personas infectadas y en su especificidad, que es el porcentaje de personas no infectadas que dan negativo.

Para la especificidad analítica, solicitan estudios de reactividad cruzada in vitro para demostrar ***que la prueba no reacciona con patógenos relacionados, agentes de enfermedades de alta prevalencia y flora normal o patógena que es razonablemente probable que se encuentre en una muestra clínica***.

Muchos de los ensayos RT-PCR tienen una sensibilidad del 100% en este análisis según lo informado por los fabricantes. Para la evaluación clínica, la FDA recomienda analizar 30 muestras clínicas positivas y 30 muestras negativas individuales y comparar los resultados de la prueba en consideración con una prueba EUA RT-PCR de alta sensibilidad existente. ***El rendimiento clínico aceptable se define como una concordancia porcentual positiva y negativa mínima del 95% (PPA y NPA)***. Para una indicación de detección, la recomendación de PPA se mantiene en más del 95 % o igual y el NPA se eleva a más del o igual al 98% para reducir los resultados falsos positivos de las pruebas. ***En el uso real, la sensibilidad clínica y la especificidad de muchos de estos las pruebas es menor en parte debido a problemas relacionados con la recolección, el manejo y el análisis de muestras***.

La realización de estas pruebas cuando es implementada depende no solo de sus sensibilidades y especificidades clínicas, sino también de la prevalencia de infecciones por SARS-CoV-2 en el entorno en el que se utiliza la prueba.

Si consideramos una prueba que cumple con las recomendaciones de la FDA para el desempeño en un entorno de diagnóstico (95% de sensibilidad y especificidad) o de detección (95% de sensibilidad, 98% de especificidad), podemos comparar su desempeño clínico ideal cuando la prevalencia de infección activa puede ser 10% (un entorno de diagnóstico) y una prevalencia del 1%, como se puede encontrar en un programa de detección:

En un entorno de diagnóstico, para cada 10 000 individuos habrá 1000 infectados y 9000 no infectados. De las personas infectadas, 950 serán detectadas por la prueba (verdaderos positivos) y 50 se perderán (falsos negativos). De las 9000 personas no infectadas, 8820 tendrán correctamente las pruebas negativas (verdaderos negativos) y 180 serán positivas (falsos positivos). ***El valor predictivo positivo (VPP) es la proporción de todas las pruebas positivas que son verdaderos positivos***, en este caso 950/(950 + 180) o 84%. Por lo tanto, la mayoría de las pruebas positivas son verdaderos positivos.

Haciendo estos mismos cálculos para el escenario de detección, 100 de los 10 000 individuos están infectados y 9900 no lo están. La prueba detectará a 95 de las personas infectadas y cinco darán falsos negativos. Para los que no estén infectados, 9702 serán correctamente diagnosticados y 198 serán falsos positivos. El PPV es 95/95 +198 o 32.4%. ***En este caso, 2/3 de los resultados positivos son falsos positivos. Para una prevalencia del 0.1%, el VPP desciende al 4.5%***.

El sobrediagnóstico de la infección por SARS-CoV-2, tiene múltiples efectos adversos potenciales: la inconveniencia, los problemas financieros y psicológicos que afectan a las personas mal diagnosticadas; la posible exposición de personas no infectadas a personas infectadas en hospitales o áreas de convivencia; personas mal diagnosticadas que renuncian al distanciamiento social y al uso de mascarillas porque creen que son inmunes al Covid-19; y cierre temporal de un negocio por la necesidad de

poner en cuarentena a los compañeros de trabajo. Además, ***el sobrediagnóstico puede*** inflar ***el número de infecciones asintomáticas en las estadísticas de salud pública***.

En un individuo "asintomático***"*** sin contacto cercano conocido con un individuo infeccioso, especialmente en un entorno de baja prevalencia, ***el*** hallazgo ***de un resultado positivo de la prueba RT-PCR debería plantear la posibilidad de que el resultado sea un falso positivo***. Las "señales de alerta" que deberían alertar al personal del laboratorio incluyen encontrar un aumento grande en el porcentaje de resultados positivos en comparación con los días y semanas anteriores para todas las muestras analizadas en el laboratorio o desde un sitio de recolección en particular, notando que las múltiples muestras positivas estaban muy cerca de las placas en la plataforma de PCR, o el descubrimiento de que ***el gran volumen de muestras positivas presenta valores altos de amplificación de ciclo (Ct) que podrían estar asociados con una carga viral baja o problemas que afectan el límite para considerar que una muestra es positiva , indeterminado o negativo***.

Hay evidencia adicional de que los resultados falsos positivos de la prueba SARS-CoV-2-PCR ocurren ***en el entorno clínico y son especialmente un problema en una situación de detección de*** baja prevalencia ***donde la probabilidad previa de una prueba positiva es baja***. Aunque se puede reconocer que las limitaciones de recursos pueden limitar la cantidad de nuevas pruebas realizadas, ***los costos humanos y económicos de considerar todos los resultados positivos como evidencia definitiva de infección*** justifican ***una evaluación de la posibilidad de que el resultado sea falso positivo en un individuo "***asintomático***" sin exposición conocida a una persona activamente infectada***.

En lo que se refiere a la RT-PCR como prueba diagnóstica del SARS-CoV-2 en medio de la pandemia por Covid-19 (1) (2):

1) A pesar de que la RT-PCR detecta directamente el ARN del SARS–CoV-2 en las muestras tomadas de secreciones respiratorias del paciente, antes de que se formen los anticuerpos, logrando detectar el virus muy tempranamente; sólo lo hace cuando la infección está vigente. Es decir, que si la persona ha estado expuesta al virus anteriormente, enfermándose o transcurriendo la infección de forma supuestamente asintomática, es imposible con esta prueba saberlo.

2) Los resultados correctos de la RT-PCR, dependerán de la toma de la muestra correcta. El frotis o exudado, no siempre se realiza de forma correcta, peor aún si lo hace el propio paciente en su casa. Por otro lado, el hisopo de algodón puede no recoger ninguna partícula vírica de la garganta, si la infección está avanzada, y el virus se concentra (supuestamente) principalmente en los pulmones, porque la cantidad de virus alojada en la garganta (supuestamente), varía considerablemente en el curso de la infección.

3) Con ésta técnica es imposible saber si el material genético del virus está indemne, es decir, que la muestra contiene virus intactos, con capacidad de infectar. Esto significa que con esta prueba no sabremos si el SARS–CoV-2 encontrado en materiales inertes, pueden o no seguir contagiando.

4) Una gran limitación de la RT-PCR a la hora del diagnóstico de la infección, es que exige varias horas de trabajo en el laboratorio. Porque antes de aplicar la PCR, es decir, iniciar la amplificación, se necesita separar y purificar el ARN vírico del resto de la muestra del paciente, y luego realizar la transcriptasa inversa (sintetizar ADN a partir de una molécula de ARN). Además del tiempo que requiere la prueba en sí con sus ciclos sucesivos de calentamiento y enfriamiento. Esto no sería un problema, si no fuera una pandemia: demasiadas pruebas y mucho tiempo requerido para dar respuesta oportuna a todos esos pacientes.

Otra limitación importante añadida para la aceptación de los resultados que nos ofrece, es la ausencia de cuantificación, la RT-PCR es cualitativa: según el discurso oficial, positiva (presencia del virus) o negativa (ausencia del virus).

Por lo general, si alguien está infectado con el virus y muestra síntomas, el hisopo debería poder recoger partículas de virus de la nasofaringe. Sin embargo, a veces el virus puede estar multiplicándose en lugares alejados de donde está el hisopo, o aún no hay suficiente virus para que el hisopo lo detecte. Entonces, una prueba negativa (si suponemos que el supuesto virus existe) puede significar que no tiene coronavirus, o que tiene coronavirus y aún no es detectable, o que se tomó una muestra incorrecta o que el PCR no sirve para el diagnóstico.

Para hacer la prueba de coronavirus, tenemos que romper las partículas del virus para sacar el material genético. También debemos deshacernos de todo lo demás en la muestra que podría impedir que la prueba funcione. La muestra del hisopo tendrá muchas cosas, incluidos moco y células humanas, así como virus. Las células humanas también se componen de proteínas, membrana, ADN y ARN. Eso significa que tendremos que deshacernos de las partes del virus que no necesitamos para la prueba (proteínas y membrana aceitosa) y todo lo demás en la muestra: las proteínas, las membranas aceitosas y el ADN de la mucosidad y las células humanas.

El ARN que quede en su muestra será una mezcla de ARN humano y ARN de cualquier bacteria o virus en la nasofaringe de la persona que se tomó la muestra. Para asegurarnos de que solo detectamos el ARN del coronavirus, y no el ADN o el ARN de ningún otro organismo, necesitamos encontrar un poco de la secuencia del ARN del coronavirus que sea exclusiva del coronavirus y que no sea compartida por ningún otro ser vivo.

Necesitamos hacer dos piezas cortas de ADN ('cebadores') que solo se pegarán en alguna parte de la secuencia del genoma. El ADN y el ARN se mantienen unidos, si tienen las secuencias correctas.

Para detectar cualquier ARN de coronavirus presente, necesitamos hacer muchas, muchas copias del mismo, pero no podemos hacer fácilmente muchas copias de ARN directamente. Por lo tanto, primero tenemos que hacer una copia de ADN del ARN. Esto se llama transcripción inversa (RT), que hacemos usando una enzima llamada transcriptasa inversa. Una vez que tenemos la copia de ADN, podemos hacer muchas copias usando la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y una enzima llamada ADN polimerasa.

Usamos los cebadores en ambos pasos para que solo se copie el ARN del virus y nada más.

Para ver cuánto ADN hay y para saber si la prueba es positiva, la mezcla de reacción de PCR incluye una etiqueta especial que brilla cuando se corta. La etiqueta se adhiere a la misma pieza de ADN que uno de los cebadores. Cuando se copia el ADN, la etiqueta se desprende del ADN y se corta. La etiqueta despegada y cortada luego comienza a emitir fluorescencia (brillo).

Estas etiquetas pueden ser 'vistas' y medidas por una máquina que detecta la luz. Cuanta más fluorescencia detectada en una reacción de PCR, más copias de ADN se han hecho. Entonces, teóricamente, cuando hay mucho brillo, sabes que el ARN del supuesto coronavirus estaba en la muestra del hisopo y se hicieron muchas copias de ADN y, por lo tanto, la prueba es positiva. Si no brilla, no había coronavirus en la muestra del hisopo, no se pudieron hacer copias de ADN y la prueba es negativa.

La lectura de los resultados de la prueba PCR, ***llega por la interpretación (por el sistema) de la intensidad de la señal*** fluorescente ***en el momento que se identifique la presencia de la secuencia genética correspondiente al virus***. Para ello, es preciso determinar una lectura basal utilizada como referencia, que se establece con los primeros ciclos (habitualmente entre el 3 y el 15), en los que los cambios de la señal fluorescente suelen ser mínimos. A partir de aquí, hay que calcular el ***umbral entendido como el nivel de la señal fluorescente que representa un incremento estadísticamente significativo respecto al nivel basal***.

En ausencia de estándares de cuantificación (ej. virus inactivado o plásmido/s que contienen la/s secuencia/s diana), las técnicas de RT-PCR proporcionan una estimación semicuantitativa de la carga viral. En este sentido, el ciclo umbral de positividad (cycle threshold (Ct)) se correlaciona inversamente con la carga viral. El umbral de ciclos (Ct) hace referencia al número de ciclos en RT-PCR necesarios para amplificar el ARN viral para alcanzar un nivel detectable, es el número de ciclos en el que la señal fluorescente cruza este umbral.

Existen algunas limitaciones ***teóricas al interpretar el valor Ct, como serían: el no expresarse con unos valores lineales, la dependencia del resultado con el tipo y calidad de la toma, así como con el manejo de la muestra, o variaciones significativas inter e intraprueba. A todo ello hay que añadir que la máxima carga viral, alcanzada antes de manifestarse los síntomas, se mantiene hasta el 3-5 día tras la aparición de los mismos para,***

posteriormente, ir decayendo hasta hacerse indetectable (la duración media de la replicación viral suele ser de 17 días [IC95%:15.5-18.6); la existencia de un ciclo circadiano de la carga viral o la mayor duración de la infección en las supuestas nuevas variantes del SARS-CoV-2.

Para una misma muestra que contiene ***ARN viral, los Ct que proporcionan distintas RT-PCR pueden ser diferentes, incluso cuando la secuencia diana de éstas es la misma***. ***En lo que respecta a las muestras del*** tracto respiratorio superior ***positivas por RT-PCR, si son de baja calidad (poca celularidad) el Ct puede no reflejar fielmente la carga viral presente en ese compartimento***; el "delta Ct", esto es la diferencia entre el Ct de la secuencia diana y el Ct de una secuencia de un gen celular (control "housekeeping"), como RNAsa P o beta-glucuronidasa, provee una información más precisa sobre la carga viral real.

Para valorar la presencia del virus en la muestra, se determina ***el número de ciclos Ct de RT-qPCR necesarios para que la prueba resulte positiva***, es decir, indica el momento preciso de la amplificación en el que la prueba es capaz de identificar la presencia de la diana molecular investigada, sin indicar la cantidad presente. Así, ***el Ct es un valor semicuantitativo*** inversamente ***relacionado con la cantidad de ARN de la muestra, de manera que un número bajo de Ct está relacionado con mayor carga viral y viceversa***.

Los valores de Ct proporcionan ***una aproximación para la detección del virus infeccioso, estando inversamente relacionado con la carga viral***. ***Se relaciona con una*** disminución ***de 10 veces del ARN viral con un aumento de 3.3 unidades del valor de Ct***. Por consenso se admite que ***un Ct > 30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva***. Sin embargo, ***este criterio debe ser validado por cada laboratorio***.

La RT-qPCR permite detectar cargas virales muy bajas (20-100 copias de ARN/mL) ***siempre que la*** muestra ***se tome de forma adecuada y con la suficiente concentración viral***. El Centro de Referencia Nacional Francesa (CNR), en la fase aguda de la pandemia, estima que el pico de la excreción del supuesto virus se produjo en el inicio de los síntomas, con una cantidad de supuesto virus que corresponde a aproximadamente 10^8 (100 millones) copias de SARS-ARN viral CoV-2 en promedio (datos de la cohorte francesa Covid-19) con una duración variable de eliminación en las vías respiratorias superiores (de 5 días a más de 5 semanas). Este número de 10^8 (100 millones) copias/µl corresponde a un Ct muy bajo. Un Ct de 32 corresponde a 10-15 copias/µl. Un Ct de 35 corresponde a aproximadamente 1 copia / µl.

La estrategia del Ministerio de Sanidad admite la opción de valorar el Ct en los pacientes con RT-qPCR positiva, ***aceptando el*** criterio ***de que un Ct entre 31 y 35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva aunque, dada la heterogeneidad de la muestra tomada (técnica de adquisición y localización de la toma) y de los diferentes sistemas comercializados, será cada*** laboratorio ***el que tenga que validar la prueba y marcar el umbral de ciclos que consideran definitorio de la alta o baja carga viral***. A

pesar de ello, persisten dudas sobre cuándo y cómo incorporar al paciente a su actividad social de la forma más segura. En un intento de resolverlo, se ha estratificado en 4 grupos a los pacientes con RT-PCR positiva, en función del valor del Ct y de su relación con la carga viral y la persistencia de virus viable: altamente contagioso; moderadamente contagioso; zona de indecisión; no infeccioso. Existe una zona de indecisión, con valores Ct = 34-37, en los que sería preciso repetir la prueba en unos días y vigilar la aparición de síntomas. Tampoco hay que descartar la posibilidad de que valores Ct > 37 manifiesten una infección temprana con carga viral baja. ***Un Ct > 35 podría ser considerado como*** valor permisivo ***para la reincorporación social, aunque es preciso analizarlos en su contexto clínico y epidemiológico***.

El documento del Ministerio de Sanidad sobre estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19, afirma que "según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva". Sin embargo, más adelante añade "***no es posible extraer conclusiones sobre el nivel de contagiosidad de una persona a partir de un valor de Ct aislado, sin datos epidemiológicos***".

En Francia, el Centre National de Référence (CNR), la Sociedad Francesa de Microbiología (SFM) continúan empujando el Ct a 37 y recomiendan a los laboratorios que utilicen solo un gen del virus como cebador.

La mayoría de las pruebas RT-PCR establecen ***el Ct en 40***, según el NYT. Algunos lo fijan en 37. "***Las pruebas con umbrales tan altos (Ct) pueden no solo detectar virus vivos, sino*** también ***fragmentos de genes, restos de una infección antigua que no representan ningún peligro particular***", dijeron los expertos.

Sin embargo, Bullard et al., demuestran que no es posible utilizar valores de Ct > 24 , con una disminución de la odds ratio del 32% por cada incremento de 1 unidad del valor Ct. Otros estudios hablan de valores mayores del Ct (la capacidad otra la identificación es para: el 70% de los pacientes con Ct = 25; en el 20% con Ct = 30, o en el 3% con Ct = 35), mientras que otros autores hablan una probabilidad de recuperar virus viables en el 8.3% de los pacientes con Ct > 35 cuando son sintomáticos. Unos autores han reportado que las muestras con un Ct >33-34 no contienen virus infectivo. En un estudio se observó que hasta un 25% de las muestras con Ct > 30 se correspondían con un potencial infectivo. En dicho trabajo Ct < 25 se asociaron con una probabilidad del 85% de los casos y del 66% para Ct < 30.

La detección de ARN viral no supone necesariamente la presencia de virus infectivo en las muestras clínicas, sean éstas de la naturaleza que sean. No obstante, ***existe una relación inversa entre la magnitud del Ct y la probabilidad de recuperar virus infectivo a partir de muestras del tracto respiratorio*** (si bien esta correlación varía según la diana y las características analíticas de la RT-PCR considerada).

Una revisión sistemática realizada por el Centro de Medicina Basada en la Evidencia (CEBM) de la Universidad de Oxford (29 estudios incluidos; publicados hasta el 10 de septiembre de 2020) encuentra que:

Es poco probable que aquellos individuos con PCR con Ct elevados tengan capacidad de contagiar. ***Cuanto más bajo es el Ct mayor es la capacidad de contagio. Las posibilidades de realizar la determinación se reducían aproximadamente un 33% por cada aumento de una unidad del Ct***.

Aunque basado en un menor número de estudios (publicados hasta el 26 de agosto de 2020), información similar nos aporta un sumario sobre la duración de la infecciosidad en los sujetos con PCR positiva de la "Health Information and Quality Authority" de Irlanda.

Según un documento de consenso del Gobierno de Gales sobre criterios para poder dar el alta a pacientes asintomáticos de residencias de ancianos, existe una fuerte relación entre el umbral de ciclo y la capacidad infectiva. El documento afirma que "***existe una alta confianza en que en las personas que (supuestamente) han sido infectadas con SARS-CoV-2 pueden considerarse no infecciosas si tienen un valor Ct alto (≥35)***". Por tanto, según esto, si como sabemos, en España y buena parte del mundo, se ha utilizado un Ct de 40 o más, querría decir que absolutamente todos los positivos, no eran infecciosos, eran falsos positivos en base a los cuales, no se podía tomar ninguna decisión.

En otro documento (también el Gobierno de Gales) sobre la infectividad del SARS-CoV-2, se menciona un estudio en el que entre 138 pacientes que fueron dados de alta 27 volvieron a presentar PCR positiva. ***El valor medio de la Ct de estos 27 casos era 35*** y, en el nuevo rastreo de contactos realizado, no se detectó ningún nuevo caso relacionado con ellos.

Según una guía de práctica clínica del Gobierno de Canadá sobre el Ct de las PCR de SARS-CoV-2, ***no es posible*** traducir ***directamente un valor de Ct en grado o duración de la contagiosidad. Niveles elevados de Ct solo*** indican ***que la probabilidad de que una persona sea contagiosa es menor. Los niveles de Ct no deberían usarse de manera aislada para tomar decisiones clínicas***. Los autores aclaran que ***realmente se desconoce qué cantidad de virus es necesaria para provocar una infección y que otros factores de la persona expuesta tales como su estado de salud también pueden influir***. Por otra parte, ***la carga viral (Ct) es un dato*** dinámico ***que varía a lo largo de la enfermedad y su detección se ve afectada por la calidad y el tipo de muestra así como del tipo de torunda utilizados***.

La Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América en un documento de consenso sobre el uso del Ct de la PCR del SARS-CoV-2, recomienda ser ***precavidos a la hora de aplicar las correlaciones publicadas de los valores de Ct con la transmisibilidad de la enfermedad***.

Finalmente añadir la información del sumario de evidencia de BMJ Best Practice sobre la Covid-19, que aporta que ***no se conoce completamente la relación que la detección de ARN viral mediante PCR tiene con la contagiosidad, para la que es necesaria la presencia de virus completos y vivos***.

Recientemente ***se ha*** consensuado ***que un valor de Ct>30 podría corresponder a un proceso infeccioso en fase de resolución, siendo el individuo no contagioso***. ***La*** variabilidad ***observada en el valor de Ct que discrimina entre virus infectivo y no infectivo no permite seleccionar un valor único***, ya que este valor depende de múltiples factores técnicos (p. ej. el número y tipo de dianas). ***Una*** aproximación ***más precisa a la transmisibilidad consistiría evaluar conjuntamente el valor de Ct y el tiempo de evolución (o del tiempo desde el contacto en personas asintomáticas), curso clínico, gravedad de la enfermedad e inmunosupresión***.

La OMS es una guía publicada el 11 de septiembre de 2020, en la página 7, decía lo siguiente: "***Es preciso realizar una interpretación cuidadosa de los resultados positivos débiles en las pruebas de AAN, ya que algunos de los ensayos han demostrado producir señales falsas a valores altos de Ct (umbral de ciclos)***". ***El valor Ct no se debe*** utilizar ***en la cuantificación de la carga viral, y la identicación de las dianas moleculares no*** implica ***la viabilidad del virus ni, por lo tanto, su contagiosidad, por lo que la*** interpretación ***del valor Ct hay que tomarlo con precaución y siempre en el contexto clínico del paciente***. Casi ningún laboratorio especifica el Ct (número de ciclos de amplificación realizados) o el número de copias de ARN viral por muestra µl.

Además de todo lo mencionado anteriormente, ***las supuestas mutaciones en el virus pueden haber*** invalidado ***ciertos cebadores (genes) utilizados para detectar el SARS-CoV-2***: los fabricantes no dan ninguna garantía al respecto. **"Hasta el 90% de las personas que dan positivo en la prueba no portan ningún virus"**.

En un artículo publicado en el sitio web del New York Times (NYT), los expertos estadounidenses de la Universidad de Harvard ***se sorprenden de que las pruebas de RT-PCR, tal como se practican, puedan servir como pruebas de contagio, más aún como evidencia de la progresión de la pandemia en el caso de la infección por SARS-CoV-2***. Según ellos, ***el umbral (Ct) considerado por las autoridades da como resultado diagnósticos positivos en personas que no representan ningún riesgo de transmisión del virus***.

La respuesta binaria "sí/no" no es suficiente, según este epidemiólogo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. "***Es la cantidad de virus lo que debe dictar el curso de acción para cada paciente examinado***".

Esto cuestiona el uso del resultado binario de esta prueba de RT-PCR para determinar si una persona es contagiosa y debe seguir estrictas medidas de aislamiento.

El Wadworth Center, un laboratorio del estado de Nueva York, analizó los resultados de sus pruebas de julio a pedido del NYT: 794 pruebas positivas con un Ct de 40.

"¡Alrededor del 70% ya no se consideraría positivo con un Ct de 30!"

En Massachusetts, ***entre el 85 y el 90% de las personas que dieron positivo en julio con un Ct de 40 se habrían considerado negativas con un Ct de 30***, agrega el NYT. Y, sin embargo, todas estas personas tuvieron que aislarse, con todas las dramáticas consecuencias psicológicas y económicas, mientras no estaban enfermas y probablemente no contagiaban en absoluto.

Hasta que exista una mejor justificación para la detección mediante PCR, con un umbral de Ct conocido y apropiado, ***una persona asintomática no debe someterse a la prueba de ninguna manera***.

Incluso una persona sintomática no debe someterse a la prueba automáticamente, siempre que pueda aislarse durante 7 días.

Errores del método

El método fue desarrollado por Christian Drosten (que ya en 2003, metía la pata):

El 23 de enero de 2020 Corman et al, publicaron online "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR" en la revista Eurosurveillance. A partir de ese momento, todos los organismos internacionales incluyendo la OMS, los CDC, científicos de diversas universidades, las farmacéuticas y los ministerios de sanidad de casi todos los gobiernos mundiales; aceptaron aquel artículo como el protocolo estándar de diagnóstico del SARS-CoV-2. Curiosamente, el artículo fue enviado a la revista el día 21 de enero de 2020 y aceptado para su publicación al día siguiente. Por lo que ***es virtualmente imposible que dicho artículo hubiese sido revisado por pares de forma que no fue evaluado por científicos independientes que determinasen si la información, los métodos empleados y las conclusiones obtenidas eran correctas*****.**

El Prof. Drosten y la Dra. Reusken pertenecen al consejo editorial de Eurosurveillance y se saltaron todos los controles habituales de este tipo de publicaciones. Además, varios de los autores firmantes del artículo, tienen graves conflictos de intereses. Olfert Landt y Marco Kaiser, son respectivamente director gerente y asesor científico de TIB Molbiol, que fue la primera empresa en fabricar los kits de PCR aceptados para Covid-19 (Light Mix). Igualmente, Victor Corman y el prof. Drosten ocultaron su trabajo en Labor Berlin Charité Vivantes GmbH, encargado de realizar pruebas PCR para Covid-19 en Alemania.

Finalmente, dicho protocolo fue enviado a OMS (Ginebra) el 17 de enero de 2020, siendo inmediatamente aprobado y recomendando automáticamente su

uso a nivel mundial como estándar de diagnóstico, casi una semana antes de su publicación. ***En aquel momento, no existía ninguna crisis sanitaria ya que no se conocía ningún caso fuera de China por lo que su aprobación urgente fue injustificada e irresponsable***.

Hasta el día de hoy se sigue utilizando como herramienta para diagnosticar la enfermedad y como justificación de determinadas medidas sanitarias y políticas. ***La PCR diseñada por este señor, tomó como referencia bancos de datos genómicos (Gene Bank), en particular los referentes al SARS-CoV-1, puesto que en esas fechas aún no se había publicado la supuesta secuencia completa del genoma del SARS-CoV-2*** (por lo que tiene interpuesta una demanda internacional). Analizando el trabajo publicado, se determina en el mismo, que la prueba está dirigida a tres objetivos de la secuencia genómica del virus (también llamados genes, aunque impropiamente). Dichos objetivos víricos son: N gene, E gene y RdRp gene; reconociéndose en dicho trabajo que dichos objetivos, no son específicos del SARS-CoV-2 sino comunes a todos los sarbecovirus (pansarbeco).

El objetivo vírico RdRp, forma parte del marco abierto de lectura del virus denominado ORF 1ab y está comprendido entre los nucleótidos 15.361 y 15.460 del supuesto genoma del SARS-CoV-2. Corresponde a ARN dependiente de ARN polimerasa, es decir, a la parte del genoma vírico que codificaría la enzima necesaria para la replicación del virus, ya que el SARS-CoV-2, supuestamente, es un virus de ARN de sentido inverso. Sin embargo, este fragmento del genoma vírico (RdRp), es común con todos los virus ARN de sentido inverso tales como los virus de la gripe (virus influenza y para-influenza), el VSR, virus del sarampión, parotiditis, etc; por lo que resultaba extraña la afirmación de Drosten de que dicho fragmento fuera específico del SARS-CoV-2. ***Analizadas las fichas técnicas de varios kits de RT-PCR, se observa que especifican que son sólo para investigación y que presentan interferencia con los citados virus y otros patógenos respiratorios***. Es decir, reconocen que no son específicos para SARS-CoV-2. Por ejemplo en el kit RT-qPCR multiplexado para dos objetivos víricos (Orf1ab y N) del SARS-CoV-2 de Creative Diagnostics, se puede leer respecto a su especificidad: "Presenta interferencia no específica con el virus de la influenza A (H1N1), virus de la influenza B (Yamagata), virus sincitial respiratorio (tipo B), adenovirus respiratorio (tipo3 y tipo 7), virus de la parainfluenza (tipo 2), Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae etc." Es decir, ***puede dar*** positivo ***con los principales patógenos respiratorios productores de neumonía intersticial***; reconocido hasta por la FDA y el CDC (1) (2).

Para probar la veracidad de dichas afirmaciones, se puede recurrir a realizar un estudio con el programa Blast (Basic Local Alignment Search Tool), herramienta de búsqueda de alineamientos de secuencias, que permite comparar una secuencia determinada con todas las secuencias almacenadas en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (es pública y puede consultarse aquí). Los resultados obtenidos con el programa Blast para la sonda y los cebadores del citado objetivo vírico RdRp (tanto la sonda específica P2 como los cebadores específicos (F y R) del objetivo vírico RdRp del SARS-CoV-2 COINCIDEN AL 100%

para la sonda supuestamente específica (probe 2) o a más del 90 % para los cebadores), ***nos permiten comprobar la coincidencia del genoma de SARS-CoV-2 con secuencias del coronavirus humano NL63, por lo tanto, esta prueba RT-PCR, no es específica de SARS y está detectando retrovirus endógenos humanos en su fase*** *extracelular*. Otro investigador español: D. Jesús García Blanca, también ha realizado búsquedas con el programa informático Blast y sus conclusiones apuntan en la misma dirección: "***Las secuencias genómicas del SARS-CoV-2, se encuentran en el genoma humano y en numerosos microbios***".

Cuando una persona sufra un catarro en el que se exprese el coronavirus humano NL63 (coronavirus corriente en resfriados y otros procesos respiratorios en humanos) puede ser identificado mediante PCR como un positivo para SARS-CoV-2 sin serlo, lo cual, supone un gran número de falsos positivos.

Por otra parte, demuestra que la RT-PCR diseñada para el SARS-CoV-2 carece de especificidad y que, por tanto, no detecta únicamente al SARS-CoV-2, consecuentemente, los test PCR, no son válidos para diagnosticar; lo cual, ya fue dicho por el propio Kary Mullis entre otros y también es confirmado por algún fabricante, por la OMS (1) (2), por la ***FDA y los CDC (admiten en la página 40 de un documento que la PCR para el Covid-19 se desarrolló sin muestras aisladas del virus: lo que detecta no es SARS-CoV-2*** (1) (2) y también lo admiten en la página 42 de otro anterior) y curiosamente por el propio Drosten, por el propio director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIH) de los Estados Unidos, Dr. Anthony Fauci y por otros muchos autores (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14); incluso llegándose a pedir la retirada de la publicación, por presentar un altísimo porcentaje de error (1) (2). Por ello, el test PCR y el propio señor Drosten, han sido llevados ante la justicia en varios países de forma directa (1) (2) (3) (4) o indirecta (5). A día de hoy, ya hay sentencias firmes que acreditan que estos test no son válidos para diagnosticar; una en Portugal, del Tribunal de Apelaciones (que confirma otra previa de un tribunal ordinario) y otra en Austria. La poca fiabilidad de esos test, también han provocado que se produzcan críticas al protocolo de la OMS en países como Finlandia. ***Incluso el propio CDC, ha retirado la autorización de uso de emergencia de las pruebas PCR para el diagnóstico de la Covid-19, porque no sabe distinguir entre el SARS-CoV-2 y la gripe*** (1) (2) (3) (4). Por supuesto, la recomendación de los CDC desmiente los chistes que vienen contando acerca de las variantes del coronavirus. ***Si la RT-PCR no diferencia entre un coronavirus y un virus de la gripe, mucho menos es capaz de diferenciar las distintas variantes del mismo virus***.

La positividad ***de la PCR no*** indica ***necesariamente la presencia de virus viables, por lo que no se correlaciona siempre con la infecciosidad***. Se requiere precaución al aplicar los datos obtenidos con esa técnica para evaluar la duración de la diseminación viral y el potencial de infección porque ***la PCR no*** distingue ***entre virus infecciosos y ácidos nucleicos no infecciosos***, es decir, ***no puede*** distinguir ***entre virus "vivos" y***

partículas virales inactivas (no infecciosas). La PCR ***no debería ser utilizada para*** marcar ***la infecciosidad, ni los protocolos de aislamiento de personas infectadas por SARS-CoV-2***. ***La*** presencia ***de ácido nucleico por sí sola no se puede utilizar para definir la diseminación viral o el potencial de infección***.

Cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador. Así que básicamente, los fragmentos de virus que les faltan para completar su SARS-CoV-2 "teóricamente detectado", lo rellenan de manera ficticia haciéndolo coincidir con una secuencia consenso de una base de datos como la de Gen Bank (1) (2).

Exosomas

El artículo científico trata esencialmente sobre ***el papel de los*** exosomas ***en los falsos positivos de PCR***. Los investigadores calculan de forma estricta con las estadísticas falsificadas y confirman mucho de lo que ya ha sido descubierto por medios alternativos y científicos críticos.

Los exosomas ***son cápsulas (vesículas) que fabrica la propia célula y que contienen principalmente proteínas que van a ser degradadas y material genético tanto ARN, como ADN***. Dependiendo de para qué se sinteticen tendrán un contenido u otro. Su función es el reciclaje de proteínas que vayan a ser desechadas y la comunicación entre células de diferentes órganos, para coordinar así respuestas fisiológicas del cuerpo.

Es cuando estamos enfermos y hay desequilibrios ***en nuestro cuerpo y se activa el sistema inmune, cuando se ha comprobado que existe emisión activa de exosomas por parte de los órganos afectados***. Se sabe que todo tipo de células son capaces de emitir exosomas, células epiteliales, fibroblastos, células del sistema nervioso, adipocitos, neuronas, linfocitos B, células T, plaquetas, etc. Y que éstos se encuentran en todos los fluidos corporales, sangre, leche materna, orina, esperma, líquido amniótico, saliva, etc.

Los exosomas, son el resultado ***de la expresión génica de nuestros virus endógenos, de ahí que hayan sido nombrados como*** virus-like particles***, los emiten tejidos sanos y enfermos, son señales que provienen del interior de nuestras células*** y están regulados por el sistema inmune que se comunica con los virus y bacterias que tapizan nuestras mucosas y piel y que contribuyen al equilibrio y salud de nuestro organismo.

Los órganos y tejidos enfermos, incluso tumores* emiten *actívamente exosomas o virus-like particles, por lo que es algo habitual que estén* relacionados *con la enfermedad. Al fin y al cabo, están intentando equilibrar la situación, de ahí su papel en la homestasis. Pero ni mucho menos son la* causa *de la enfermedad.

Hasta ahora, la función de los exosomas se ha explorado poco. Sin embargo, la medicina convencional lo describe como prometedor. Los exosomas son secretados por células enfermas. Se utilizan para la comunicación celular y como vehículo de transporte de toxinas y productos de desecho (1). En 2003, el renombrado profesor e investigador del SIDA de Johns Hopkins, James Hildreth, fue citado en el JCB diciendo: "El virus es completamente un exosoma en todos los sentidos de la palabra". Con base en estos hallazgos, el médico e investigador estadounidense Dr. Andrew Kaufman, defiende la tesis de que ***la prueba PCR no prueba virus sino exosomas y que por tanto no nos da el SARS-CoV-2, sino enfermedades convencionales que falsamente se registran como SARS-CoV-2***.

Si bien la tesis de Kaufman es rechazada por los virólogos, la publicación citada anteriormente confirma puntos esenciales. Por ejemplo, los investigadores concluyeron que ***la prueba de PCR in vivo actualmente tiene cero especificidad porque detecta exosomas falsamente en lugar de probar el SARS-CoV-2***:

El código de ARN* contado *en las pruebas de PCR, previamente atribuido al SARS-CoV-2,* pertenece *en cambio a una respuesta inmune inducida por enfermedades respiratorias de las células humanas que libera exosomas y confunde los resultados de la prueba de PCR. Las pruebas de PCR no tienen especificidad debido a la presencia de ARN de exosomas in vivo.

¿Cómo puede ser que la prueba dé resultados fiables in vitro (en condiciones artificiales) y falle totalmente in vivo (en condiciones naturales)? La respuesta de los investigadores lo tiene todo:

"Para resolver esta contradicción, debemos ser conscientes de que todas las pruebas (y 'vacunas') se produjeron utilizando la información genética publicada por los descubridores del SARS-CoV-2 en las bases de datos relevantes. Mirando las publicaciones relevantes, uno encuentra que ***el material genético correspondiente fue identificado computacionalmente sin producir un aislado de las partículas virales correspondientes y sin separarlas físicamente de otros portadores de material genético que pudieran estar presentes en las muestras biológicas***.

Teniendo en cuenta que las pruebas en personas con otras enfermedades respiratorias parecen producir resultados falsos positivos, se concluye que ***el código genético putativo del SARS-CoV-2 se ha identificado erróneamente y, en cambio, pertenece a algo que contiene ARN y de las células epiteliales de las vías respiratorias humanas que se enfrentan a***

enfermedades respiratorias, es decir, exosomas, como se ha descrito anteriormente.

Debemos tener en cuenta que se detectan exosomas idénticos en la neumonía de origen bacteriano".

Veamos lo que dice Dña. Almudena Zaragoza respecto a este tema:

"Cuando usan la técnica RT-PCR para la detección de ARN de un presunto virus "asesino", no cotejan que ese ARN detectado pertenezca al transcriptoma humano y sea un mero mensaje en el interior de un exosoma. Cuando hacen pruebas de antígenos (proteínas virales), no comprueban que sean las proteínas de la superficie de las membranas de los exosomas u otras proteínas retrovirales de fusión, como las de clase I entre las que se encuentra la famosa "Spike protein", pero la humana normal, no la vacunal, ni la del virus asesino de murciélago, la que tenemos todos los seres humanos y que se expresa en las envolturas de estos exosomas o virus-like particles, en algunas situaciones de desequilibrio. Cuando hacen pruebas de anticuerpos (proteínas que detectan antígenos), obvían que los anticuerpos se producen de forma natural para reciclar proteínas, función de la que se encargan precisamente los exosomas, de reciclar antígenos y otras proteínas. Quizá esos anticuerpos, de los que se sabe se producen durante toda la vida, sean simplemente la señal que activa el reciclaje de proteínas por parte de los exosomas en nuestro organismo, mediado por la expresión génica de nuestros virus endógenos.

La comunicación intercelular y con el microbioma y viroma humano, es sin duda un proceso biológico fascinante y complejo, pero que han utilizado, malinterpretándolo, para aterrorizar a la población y ganar miles de millones en pruebas diagnósticas, vacunas y fármacos, con la excusa de un falso virus de murciélago y pangolín, al que llamaron SARS CoV 2. Bajo estas premisas, pueden inventarse cualquier otra amenaza vírica, si no luchamos por una explicación más lógica de los procesos naturales de nuestro cuerpo y sus instrucciones, los virus".

La obvia falta de correlación del indicador PCR utilizado sin calibración con la realidad clínica de campo

No hay datos en el mundo para saber la proporción de pruebas PCR que dan positivo según el número de ciclos de replicación. La única forma de estimar esta proporción es observar la incidencia de la enfermedad Covid-19 "en la vida real", es decir, por médicos de cabecera, y compararla con la incidencia de las pruebas PCR positivas: así lo indica la red Centinelas del INSERM y La Universidad de la Sorbona lo hace posible.

En la semana 1 de 2022, la incidencia semanal es de 2800 denominados "casos"/100 000 habitantes. La misma semana, la incidencia de pacientes de Covid-19 según la metodología de la red Sentinelles ("aparición súbita de fiebre o

sensación de fiebre y signos respiratorios") fue de 89/100 000 habitantes (**_31 veces menos_**).

La falta de correlación giraba durante todo 2020 y 2021 en torno a un factor de 10 a 20.

La consecuencia de este mal uso de una tecnología, aunque perfectamente conocida y muy útil en la vida real para cualquier médico correctamente informado, **_es una exageración monumental de las cifras: los "casos" son principalmente solo personas sanas_**.

En medicina, un "caso" es un paciente, es decir, un individuo que presenta síntomas. El cambio semántico en la definición de "casos" en epidemiología presagia una nueva medicina donde todo el mundo sería un enfermo que no sabe quién es y debe someterse a terapias sin haber manifestado ningún síntoma.

La seroprevalencia de supuestos portadores de SARS-Cov2 está entre el 1% y el 20% de la población mundial. **_Este rango se corresponde bien con el de la tasa de positividad de las pruebas PCR observadas durante casi 2 años. Esto da como resultado la misma proporción de muertes diarias que también portan SARS-CoV-2_**.

Esto se ilustra con la ahora famosa fórmula sobre las personas que "murieron con Covid pero no con Covid": **_la mortalidad por Covid-19 probablemente se haya sobreestimado hasta en un factor de 10_**.

Testimonios

Veamos algunos testimonios que van a ayudarnos a esclarecer todavía más, todo lo que rodea a los PCR (además de los ya expuestos anteriormente), empezando por el del Dr. Pascal Sacré (médico especializado en cuidados intensivos, autor y reconocido analista de salud pública, Charleroi, Bélgica. Es Investigador Asociado del Entre for Research on Globalization (CRG)):

Toda la propaganda actual sobre la pandemia de Covid-19 se basa en una suposición que se considera obvia, verdadera y que ya no se cuestiona. La prueba de RT-PCR positiva significa estar enfermo con Covid. Esta suposición es engañosa.

Muy pocas personas, incluidos los médicos, comprenden cómo funciona una prueba de PCR. RT-PCR significa: R eal T ime- P olymerase C hain R eaction. En francés, significa: Réaction de Polymérisation en Chaîne en Temps Réel.

En medicina, utilizamos esta herramienta principalmente para diagnosticar una infección viral. **Partiendo de una situación clínica con la presencia o ausencia de síntomas particulares en un paciente, consideramos diferentes diagnósticos basados en pruebas**.

En el caso de determinadas infecciones, especialmente las virales, **utilizamos la técnica de RT-PCR para confirmar una hipótesis diagnóstica sugerida por un cuadro clínico**. **¡No realizamos rutinariamente RT-PCR en ningún paciente que esté sobrecalentado, tosiendo o tenga un síndrome inflamatorio!**

Es una técnica de laboratorio de biología molecular de amplificación de genes porque busca rastros de genes (ADN o ARN) amplificándolos. Además de la medicina, otros campos de aplicación son la genética, la investigación, la industria y la medicina forense. La técnica se realiza en un laboratorio especializado, no se puede realizar en ningún laboratorio, ni siquiera en un hospital. Esto conlleva un cierto coste y un retraso a veces de varios días entre la muestra y el resultado.

Desde la aparición de la nueva enfermedad denominada Covid-19 (CO rona VI rus D isease-2019), se utiliza la técnica diagnóstica de RT-PCR para definir casos positivos, confirmados como SARS-CoV-2 (coronavirus responsable de la nuevo síndrome de dificultad respiratoria aguda llamado Covid-19).

Estos casos positivos se asimilan a los casos de Covid-19, algunos de los cuales son hospitalizados o incluso ingresados en unidades de cuidados intensivos. **Postulado oficial** de nuestros gestores: ***casos RT-PCR positivos = pacientes Covid-19***.

Este es el postulado de partida, la premisa de toda propaganda oficial, que justifica todas las medidas gubernamentales restrictivas: aislamiento, confinamiento, cuarentena, mascarillas obligatorias, códigos de colores por país y prohibiciones de viaje, rastreo, distancias sociales en empresas, tiendas e incluso, lo que es más importante, en las escuelas.

Este mal uso de la técnica de RT-PCR es utilizado como una estrategia implacable e intencionada por algunos gobiernos, apoyados por los consejos científicos de seguridad y por los medios dominantes, para justificar medidas excesivas como la vulneración de un gran número de derechos constitucionales, la destrucción de la economía con la quiebra de sectores activos enteros de la sociedad, la degradación de las condiciones de vida de un gran número de ciudadanos comunes, con el pretexto de una pandemia basada en una serie de pruebas de RT-PCR positivas, y no en un número real de pacientes.

Debemos exigir que se devuelvan los resultados de la RT-PCR mencionando el Ct utilizado porque más allá del Ct 30, una prueba de RT-PCR positiva no significa nada.

Hay que escuchar a los científicos y médicos, especialistas, virólogos que recomiendan el uso de Ct adaptado, inferior, a los 30. Una alternativa es obtener el número de copias de ARN viral / µl o / ml de muestra.

Necesitamos volver al paciente, a la persona, a su estado clínico (presencia o ausencia de síntomas) y desde allí juzgar la idoneidad de las pruebas y la mejor forma de interpretar el resultado.

Con estas evidencias, no pueden afirmar en ningún caso, que las personas con PCR positiva se corresponden con una infección por SARS-CoV-2 y por tanto, tampoco pueden afirmar haber aislado el virus de ningún paciente. En consecuencia, los cierres perimetrales, hundimiento de la economía, ruina de los hosteleros y represión de la población, no está justificada por alerta sanitaria. Los programas de pruebas de RT-qPCR para el SARS-CoV-2 son totalmente inadecuados, están mal organizados y rodeados de confusión y desinformación. La disponibilidad no obstaculiza las pruebas exhaustivas de ensayos, reactivos, equipo o capacidad de prueba adecuados.

Dra. Nicole Delépine:

En una persona sin signos clínicos, una prueba de PCR positiva no indica que esté enferma, que se enfermará, que es portadora del virus o que puede transmitirlo. Estos hallazgos se realizaron inicialmente en 3790 casos positivos.

Su confirmación definitiva se realizó durante el colosal cribado (10 millones de personas analizadas) alrededor de Wuhan, donde ninguna de las 300 personas asintomáticas positivas a PCR resultó ser portadora del virus, contaminante o afectada por la enfermedad después de un mes de vigilancia.

Un documento reciente de la FDA finalmente admite que ***la prueba de PCR "Covid" se desarrolló sin muestras virales específicas aisladas para la calibración de la prueba, admitiendo la utilización de algunas secuencias de ARN insuficientemente específicas del virus***.

La infame prueba de PCR para el coronavirus (Covid-19) no se desarrolló con muestras reales, sino con lo que parece ser material genético de un virus del resfriado común/gripe estacional***.***

En el documento***, se establece claramente que se utilizó material genético ordinario de la*** gripe estacional ***como marcador de prueba en los kits de prueba de PCR***. ***No existe una*** prueba legítima ***que pueda identificar con precisión la presencia de SARS-CoV-2***.

Otra revelación en el documento es la admisión de la FDA de que los resultados de las pruebas son "agregados" y, por lo tanto, producen cifras inexactas.

"Dado que no había aislados de virus cuantificados de 2019-nCoV disponibles para uso de los CDC en el momento en que se desarrolló la prueba y se realizó este estudio, los ensayos diseñados para la detección del ARN de 2019-nCoV se probaron con cepas caracterizadas de ARN de longitud completa transcrito in vitro (Gen N; acceso a GenBank: MN908947.2)

"Debido a que los CDC no disponían de cepas de virus 2019-nCoV cuantificadas para su uso en el momento en que se desarrolló el ensayo y se llevó a cabo este estudio, los ensayos diseñados para la detección del ARN de 2019-nCoV se probaron con cepas caracterizadas de transcripción completa in vitro ARN (gen N; Acceso a GenBank: MN908947.2) de título conocido (copias de ARN / µL) enriquecido en un diluyente que consiste en una suspensión de células A549 humanas y medio de transporte viral (VTM) para imitar la muestra clínica.

"Los resultados se relacionan con la identificación del ARN del SARS-CoV-2. El ARN del SARS-CoV-2, teóricamente, suele detectarse en muestras del tracto respiratorio superior e inferior durante la infección. ***Los resultados positivos podrían ser indicativos de infección activa por supuesto SARS-CoV-2, pero no descartan infección bacteriana o coinfección con otros virus. El agente detectado puede no ser la causa definitiva de la enfermedad.*** Los laboratorios de los Estados Unidos y sus territorios deben informar todos los resultados a las autoridades de salud pública correspondientes.

Los resultados ***negativos no*** descartan ***la infección por SARS-CoV-2 y no deben usarse como la única base para el tratamiento u otras decisiones de manejo del paciente. Los resultados negativos deben combinarse con observaciones clínicas, antecedentes del paciente e información epidemiológica***".

Según la guía de la OMS, las pruebas de diagnóstico para el SARS-CoV-2 establecen que se necesita una interpretación cuidadosa de los resultados positivos débiles. El umbral de ciclo (Ct) necesario para detectar el virus es inversamente proporcional a la carga viral del paciente. ***Cuando los resultados de la prueba no se correspondan con la presentación clínica, se debe tomar una nueva muestra y volver a analizarla utilizando la misma tecnología NAT o una diferente***.

La OMS recuerda que la prevalencia de enfermedades altera el valor predictivo de los resultados de las pruebas; ***a medida que disminuye la prevalencia de la enfermedad, aumenta el riesgo de falsos positivos***. ***Esto significa que la probabilidad de que una persona que tiene un resultado positivo (SARS-CoV-2 detectado) esté realmente infectada con el SARS-CoV-2 disminuye a medida que disminuye la prevalencia, independientemente de la especificidad declarada***.

Según el análisis de Michel Chossudovsky de la retractación de la OMS:

"Positivos no válidos" es el concepto subyacente. No se trata de una cuestión de "positivos débiles" y "riesgo de aumentos de falsos positivos". Lo que está en juego es una "metodología defectuosa" que conduce a estimaciones inválidas".

Lo que confirma esta admisión de la OMS es que ***la estimación de Covid positivo de una prueba de PCR (con un umbral de amplificación de 35***

ciclos o más) no es válida. En cuyo caso, la OMS recomienda repetir la prueba: "Se debe tomar una nueva muestra y volver a analizarla ...".

La OMS pide "Retesting", que equivale a "lo arruinamos". "Debería recogerse una nueva muestra y repetirse la prueba…".

Esa recomendación es proforma. No sucederá. Millones de personas en todo el mundo ya se han sometido a pruebas, a partir de principios de febrero de 2020. No obstante, debemos concluir que, a menos que se vuelvan a probar, esas estimaciones (según la OMS) no son válidas.

Desde el principio, la prueba de PCR se ha aplicado de forma rutinaria a un umbral de amplificación de Ct de 40 o superior, siguiendo las recomendaciones de enero de 2020 de la OMS. Lo que esto significa es que ***la metodología de PCR aplicada en todo el mundo durante todo este tiempo, ha llevado a la compilación de estadísticas de Covid erróneas y engañosas***.

Y estas son las estadísticas que se utilizan para medir la progresión de la llamada "pandemia". ***Por encima de un ciclo de amplificación de 35 o más, la prueba no detectará fragmentos del virus. Por lo tanto, los "números covid" oficiales no tienen sentido***.

De ello se desprende que no existe una base científica para confirmar la existencia de una pandemia. Lo que a su vez significa que las medidas de bloqueo / económicas que han resultado en pánico social, pobreza masiva y desempleo (supuestamente para reducir la propagación del virus) no tienen justificación alguna.

La Dra. Ulrike Kämmerer, viróloga e inmunóloga alemana, ha estado advirtiendo desde hace tiempo de que la prueba PCR no es adecuada para determinar una infección por coronavirus; es como "leer café molido". Durante el día 3 de las Actas del Gran Jurado, la Dra. Kämmerer testificó sobre lo que puede y no puede hacer una prueba de PCR:

"***El PCR no es capaz de*** identificar ***a las personas que son los llamados superpropagadores o que transmiten el virus***. Este es el punto en una pandemia. Debe identificar a las personas que infectan a otros. Y ***la PCR*** definitivamente ***no es una técnica para esto***. ***La prueba PCR no puede diagnosticar la enfermedad***. ***Porque, especialmente en los virus respiratorios, normalmente hablamos de una*** combinación ***de diferentes virus, a menudo tres o cuatro virus están presentes al mismo tiempo***. ***Si un paciente es sintomático, la prueba de PCR se puede usar para*** confirmar ***que un paciente tiene un virus en particular, pero la prueba no puede determinar si es ese virus el que causa los síntomas o la enfermedad"***.

Durante su testimonio el día 3 de los procedimientos del Gran Jurado, Soňa Peková, bióloga molecular de la República Checa, explicó qué significaba la acreditación de la prueba y cómo ***los fabricantes de pruebas de Covid***

cometieron [fraude] ***al simplemente marcar sus pruebas con esta acreditación***. Peková diseña pruebas PCR desde 2006, incluidas pruebas para detectar coronavirus. Aquí se muestra un clip del testimonio de Peková.

El ataque más reciente de un importante medio de comunicación sobre la narrativa covidiana se encuentra en el Daily Mail del Reino Unido. El periódico publicó un artículo que cuestionaba la validez de las pruebas estándar utilizadas para identificar las infecciones por Covid: la prueba PCR.

"¿Las pruebas PCR defectuosas nos convencieron de que la Covid era peor de lo que realmente era?" preguntó la autora Jo Macfarlane.

En el artículo, McFarland mencionó cómo la prueba de PCR se ha utilizado de manera inconsistente en los laboratorios de todo el Reino Unido, y esto ha resultado en una gran cantidad de falsos positivos. Escribió que podría ser un tercio de las pruebas de PCR positivas para Covid que fueran esencialmente falsos positivos, o al menos identificaron virus no infecciosos.

En el artículo del Daily Mail, McFarland escribió: "Algunos incluso sugirieron que los hisopos, que se han realizado más de 200 millones de veces solo en el Reino Unido, pueden confundir el resfriado común y la gripe con el coronavirus".

Agregó: "Esto significaría que muchos de estos casos nunca deberían haberse contado en el conteo diario, que la cifra ominosa y demasiado familiar, que se usó para informar las decisiones sobre bloqueos y otras medidas pandémicas, fue un contar en exceso". Significaría que hubo un fraude de proporciones nunca antes vistas.

En una declaración a LifeSiteNews, el Dr. Alexander va mucho más allá de la afirmación de McFarland de que hasta un tercio de los casos podrían ser falsos positivos o no infecciosos.

"***La cuestión clave es que la prueba PCR no diferencia entre el resfriado o la gripe o el RSV o el virus Covid***", dijo. "También es clave que ***la prueba se cicló en exceso y aquí es donde entró el desastre con los números de infección. La mayoría a nivel mundial fueron falsos, ya que sabíamos que había un 95% de falsos positivos***. ***La mayoría nunca fueron Covid positivos***. ***Mediante el sobreciclado, que son las amplificaciones, por encima del umbral de conteo de 20 a 24 ciclos, indicamos que era positivo cuando realmente sabíamos que la prueba estaba detectando polvo viral, fragmentos, coronavirus antiguo del resfriado común, virus antiguo de Covid y virus infeccioso no cultivable***. Sabíamos que era más probable que no fuera Covid, pero este paso se utilizó para ayudar a asustar a las poblaciones para que se encerraran y se enmascararan indefinidamente. Fue una mentira."

Además, el Dr. Scott Atlas del reconocido Hoover Institute, ha señalado los malos usos de la PCR. Mostró en una presentación en Hillsdale College que los resultados dudosos de las pruebas de PCR se usaron como justificación para un

positivo de Covid, incluso cuando un médico no creía que la persona estuviera enferma.

Quizá más importante o al menos más llamativo que los números de casos falsos es el hecho de que ***muchas de las*** muertes asociadas ***a Covid se atribuyen falsamente***.

Por ejemplo, las regiones en Canadá, han admitido estadísticas de muertes infladas, ya que contaron a las personas que murieron "con" Covid o que simplemente dieron positivo en la prueba en el momento de su muerte como personas que murieron a causa de la enfermedad misma.

Es fácil ver cómo éste es un método defectuoso. De hecho, las personas mayores y enfermas a menudo tienen algún tipo de infección viral en el momento de su muerte debido al estado de debilidad. Es común que alguien con un cáncer grave también tenga neumonía cuando respire por última vez.

Sería irresponsable decir que alguien que luchó con una enfermedad grave durante años murió “a causa de la gripe” cuando ya estaba en las etapas finales del cáncer. Claro, el supuesto virus podría haber sido la gota que colmó el vaso, pero también se puede decir que una casa que se pudrió por las termitas se cayó debido a un mal viento.

Si consideramos que ahora se admite que las cifras de muertes deben reajustarse, también podemos tener en cuenta que ***tantas personas que se decía que habían*** muerto ***por Covid en realidad tenían otra enfermedad, incluso, ninguna respiratoria***.

Veamos lo que dice la Dra. Sam Bailey acerca de Covid y su diagnóstico:

“***Covid-19 no es más que una pandemia de pruebas impulsada por PCR y RAT que no tienen capacidad para diagnosticar una enfermedad clínica en la forma en que se utilizan. Covid es una entidad ficticia que no tiene síntomas, signos o investigaciones confirmatorias específicas, simplemente números de "casos" sin sentido presentados al público***. Nada ha cambiado en este sentido desde que comenzamos nuestras investigaciones sobre el fraude de Covid a principios de 2020”.

Cambio de criterio

Los CDC cambiaron las recomendaciones sobre las pruebas de PCR para las personas completamente “vacunadas”, lo que reducirá aún más la aparición de casos importantes al hacer que sea menos probable que den "resultados positivos".

Las pruebas de PCR recomendadas por la OMS solían establecerse en umbrales de 45 ciclos (Ct), sin embargo, ***el consenso científico ha sido durante mucho tiempo que cualquier valor superior a 35 Ct (se recomienda usar 30 Ct)***

***hace que la prueba sea* inútil**, ya que la precisión será extremadamente baja, con los falsos positivos elevan artificialmente el número de casos.

En abril de 2021, los CDC recomendaron que el Ct se redujera a 28, pero ***solo para las personas que estuvieran completamente "vacunadas"***. ***No se* consideraría *que alguien con un Ct de 30 tuviera Covid-19 si estuviera completamente "vacunado", pero si no lo fueran, entonces su prueba sería "*positiva*"***.

Es más que obvio que están manipulando el sistema para crear datos que se ajusten a su narrativa falsa, que está empujando a toda la población a obtener una "vacuna" que no necesitan.

Aspectos básicos a recordar sobre los PCR

Vamos a hacer un resumen:

La prueba de RT-PCR es una técnica de diagnóstico de laboratorio que no se adapta bien a la medicina clínica.

La PCR puede ser muy precisa y su capacidad para amplificar secuencias genéticas específicas (si se hace bien) está bien aceptada. Sin embargo, esto no significa que sea una buena prueba para diagnosticar condiciones clínicas como infecciones. Debemos recordar que la PCR no detecta un virus, una infección o una persona enferma, solo detecta fragmentos genéticos. Kary Mullis se esforzó en explicarle a la gente que el mayor problema con el PCR no era el proceso en sí, sino la interpretación del resultado.

Hay muchas cosas que pueden salir mal con la PCR, comenzando por la forma en que se recolectan las muestras y la forma en que se procesan. Gran parte de lo que puede salir mal deriva de, en primer lugar, cómo se selecciona la secuencia objetivo y luego, como se mencionó anteriormente, de cómo se interpretan los resultados. Por ejemplo, con "Covid-19":

¿Cómo se sabe que la secuencia seleccionada es completamente específica del virus? A diferencia de las células humanas y las células bacterianas, simplemente no podemos estar seguros de dónde provienen estas secuencias genéticas. En contraste con los "verificadores de hechos" financiados por la industria, muchos médicos, científicos e investigadores independientes señalan que no hay pruebas de la existencia de este virus. En este caso, las "pruebas" de PCR ni siquiera están calibradas para un virus, es decir, las secuencias genéticas que detectan no son de un virus.

Incluso si se demuestra la existencia del "virus", ¿cuál es el significado de su presencia? Nuestros cuerpos tienen miles de millones de microorganismos que no nos causan efectos nocivos y, de hecho, muchos son esenciales para mantenernos con vida. Las partículas de tipo viral, como los exosomas, pueden contener fragmentos genéticos, pero también son inofensivas para nosotros.

La PCR solo detecta pequeños fragmentos genéticos seleccionados. Los fragmentos genéticos no son virus, por lo que afirmar que se ha detectado un virus es incorrecto. A lo sumo, puede haber un virus. Y nadie puede decir si es un virus intacto que podría dañarnos o uno destruido. Por sí solo, no le dice nada sobre la condición de la persona de la que proviene, y ¿no debería ser eso lo más importante que queremos saber?

Aceptando que hay un virus, y es dañino, ¿dónde se debe establecer el límite superior del umbral del ciclo para un caso? Sabemos en todo el mundo que suele ser de 40 ciclos, pero, como se ha mencionado, todo lo que supere los 35 no es válido. Algunos médicos, han sugerido que 30 ciclos deberían ser el límite superior para los casos de "Covid-19".

Es una técnica diagnóstica cualitativa binaria que confirma (prueba positiva) o no (prueba negativa) la presencia de un elemento en el medio que se analiza. En el caso del SARS-CoV-2, el elemento es un fragmento del genoma viral, no el virus en sí.

En medicina, incluso en una situación epidémica o pandémica, es peligroso colocar pruebas, exámenes, técnicas por encima de la evaluación clínica (síntomas, signos). Es lo contrario lo que garantiza una medicina de calidad.

La principal limitación (debilidad) de la prueba de RT-PCR, en la actual situación pandémica, es su extrema sensibilidad (falso positivo) si no se elige un umbral de positividad adecuado (Ct). Hoy en día, como mencioné antes, ***los expertos recomiendan utilizar un umbral máximo de Ct de 30***.

Este umbral de Ct debe ser informado con el resultado positivo de RT-PCR para que el médico sepa interpretar este resultado positivo, especialmente en una persona asintomática, para evitar aislamiento innecesario, cuarentena, trauma psicológico.

Además de mencionar el Ct utilizado, los laboratorios deben continuar asegurando la especificidad de sus kits de detección para el SARS-CoV-2, teniendo en cuenta sus mutaciones más recientes, y deben continuar utilizando tres genes del genoma viral en estudio, si no, menciónalo.

Como observó el filósofo de la ciencia Karl Popper: "***Los sucesos únicos no reproducibles no tienen importancia para la ciencia***".

Para ser reproducible, los resultados de una prueba deben comparse ***dentro de un pequeño margen de error con los resultados de otras pruebas. Para que esto sea posible, todos los instrumentos de medición están calibrados con estándares internacionales. Si no lo son, sus medidas pueden parecer significativas, pero no tienen importancia científica***.

Cabe señalar que actualmente no existe una medida estándar de carga viral en muestras clínicas. Una evaluación de ocho dianas virales clínicamente relevantes en 23 laboratorios diferentes dio como resultado rangos de Cq de más de 20, lo que indica una diferencia aparentemente de un millón de veces en la carga viral en la misma muestra. La evidente falta de estándares certificados o incluso de controles validados para permitir una correlación entre los datos de RT-qPCR y el significado clínico requiere atención urgente de las organizaciones de metrología y estándares nacionales, preferiblemente como un esfuerzo coordinado a nivel mundial. Ciertamente, la etiqueta estándar de oro es desaconsejable, ya que no solo hay numerosos ensayos, protocolos, reactivos, instrumentos y métodos de análisis de resultados diferentes en uso, sino que actualmente no existen estándares de cuantificación certificados, controles de extracción e inhibición de ARN, o procedimientos de presentación de informes estandarizados.

Por esta razón, las pruebas de PCR están autorizadas según las regulaciones de emergencia para la detección del tipo o la "calidad" de un virus, no para la dosis o la cantidad del mismo.

A partir del 5 de agosto de 2021, todas las pruebas de diagnóstico por RT-PCR que habían recibido una autorización de uso de emergencia (EUA) de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para las pruebas de SARS-CoV-2 eran pruebas cualitativas. El valor de Ct se interpreta como positivo o negativo, pero no se puede utilizar para determinar la cantidad de virus presente en la muestra de un paciente individual.

El hecho de que podamos detectar la supuesta 'huella genética' de un virus no prueba que sea la causa de una enfermedad:

La detección de ARN viral puede no indicar la presencia de virus infecciosos o que el 2019-nCoV es el agente causante de los síntomas clínicos. ***Usar el PCR como el estándar de oro para cuantificar los 'casos' y 'muertes' de Covid-19 'es "desaconsejado"***.

Metodología

La metodología empleada por las administraciones sanitarias utiliza como parámetro básico para establecer las medidas restrictivas, la IA a los 14 días (Incidencia acumulada de casos/100 000 habitantes a los 14 días), y para ello se basa en los positivos a dicho test tomados en valor absoluto, siendo la IA la suma de los 14 días anteriores de estos valores absolutos de positivos.

Desde un punto de vista estadístico es esencial para seguir la evolución de los datos y con ello saber si realmente hay un rebrote o no, tener de alguna manera un parámetro referenciado, señalando que no es lo más apropiado el hacer un número de test de forma indiscriminada sin criterios de epidemiología estadística para seguir la evolución de los contagios, ya que sin tener esos criterios mínimos se presta a manejar continuamente subidas y bajadas del número de test realizados, de forma que con ello, las administraciones sanitarias justifiquen las medidas restrictivas

adoptadas, por lo que sería más apropiado el haber tenido en cuenta un criterio base con un valor referencia de número de test a realizar diariamente de forma que nos diese bajo una misma referencia la evolución de los porcentajes de positivos, y, en todo caso, aún sin referenciarlo, **el estadístico a utilizar más adecuado sería la evolución del porcentaje de positivos y no su valor absoluto**.

También hay que tener en cuenta en la interpretación de los datos que en base al número de test realizados se considera que los test positivos en valor absoluto se corresponden con individuos diferentes, sumándolos para el cálculo de la IA. La realidad es que esto no es cierto ya que **la administración sanitaria a la hora de utilizar los positivos en valor absoluto considera que test realizado = persona diferente, cuando se sabe que a una misma persona le han podido realizar más de un test, por lo que la utilización de muchos de los positivos en el cálculo de la IA acumulada a 14 días no es del todo real ya que están contabilizando personas que ya se habían contabilizado anteriormente al haber dado el primer positivo**.

Durante esta pandemia se está utilizando al libre albedrío **y de una forma intencionada el nº de test que se realizan, de manera que se han generado las sucesivas olas cuando la realidad de los datos dice que no han existido tales olas.**

Parámetros con cálculo oficial

El parámetro de positivos en valor absoluto presenta correlación muy significativa con el total de test realizados y lógicamente con la IA a 14 días por ser la suma de positivos de ese período de días, pero no con el % de positivos. El % positivos presenta correlación muy significativa con los positivos referenciados, su % de positivos referenciado, la IA a 14 días referenciada y con el % de ocupación de hospitalizados. Esta correlación es significativa con el % de ocupación de UCIs y fallecidos. La IA a 14 días presenta correlación muy significativa con el total de test y con los positivos en valor absoluto.

Parámetros con cálculo referenciado

Es de destacar que el parámetro de positivos referenciado en valor absoluto no presenta correlación con el total de test realizados, pero sí, y siendo muy significativa, con el % de positivos e IA a 14 días referenciado y con el % de ocupación de hospitalizados. Esta correlación es significativa con el % de ocupación de UCIs y fallecidos. El % positivos referenciado presenta una correlación muy significativa con los positivos tanto calculados oficialmente como referenciados y con la RO. Esta correlación es significativa con la IA a 14 días referenciada y el % de ocupación de hospitalizados. La IA a 14 días referenciada presenta una correlación muy significativa con los positivos en valor absoluto tanto con el cálculo oficial como el referenciado, con el % de ocupación de hospitalizados, % de ocupación de UCIs y fallecidos. Esta correlación es significativa con el % de positivos referenciado.

Diferencias significativas **entre el cálculo oficial y el referenciado**

Es de resaltar que existe una alta correlación entre los positivos en valor absoluto y el % de positivos cuando este cálculo es referenciado, mientras que esa correlación no existe entre positivos en valor absoluto y el % de positivos cuando se utiliza el cálculo oficial. Igualmente tenemos que entre la IA a 14 días realizada con el cálculo oficial existe correlación muy significativa con los positivos en valor absoluto pero no se da ninguna correlación con el % de positivos, mientras que si analizamos el valor referenciado esa correlación muy significativa se da con los positivos en valor absoluto siendo significativa con el % de positivos. Otra conclusión a destacar es que el cálculo referenciado de positivos en valor absoluto, el % de positivos e IA a 14 días tienen en los 3 casos correlación muy significativa con el % de positivos calculados del modo oficial, con la ventaja de que este valor refenciado no está influenciado por el número de test realizados.

La historia de los PCR, no es nueva, hace más de 20 años, ya se hablaba de ellos y no para bien, precisamente. Hoy en día, tampoco se habla bien, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho unas declaraciones que no tienen desperdicio; cito textualmente: "Si no hubiera habido pruebas de PCR en todo el mundo, nadie se habría dado cuenta de Covid-19" (enlace directo al vídeo).

El mayor problema con todas las pruebas de Covid-19 disponibles es que, a pesar de que se ha demostrado que no son confiables, se usan en masa en personas sanas. Estas personas sanas cuando dan positivo en la prueba son tratadas como alimañas y se les niegan sus derechos humanos básicos. Ahora es aún más siniestro ya que en muchos países se exigen exámenes incluso para ir a la escuela o al trabajo. Las personas que dan positivo en la prueba y mueren se cuentan como muerte por Covid-19 incluso cuando murieron por una causa alternativa.

Rai Gbrym ha preparado un nuevo documental que acababa de producir y que expone el fraude de la prueba de PCR y que, obviamente, fue censurado en YouTube. El autor, hace un muy buen trabajo al exponer el fraude detrás de la prueba de PCR, y tiene excelentes entrevistas con personas como el Dr. Stephan Lanka de Alemania y el Dr. Malcolm Kendrick del Reino Unido.

Consecuencias potenciales de los falsos positivos obtenidos al usar los test PCR (1)**:**

A)***Desde una perspectiva personal***

A1)*Relacionados con la salud*

- Para pruebas de hisopo tomadas con fines de detección antes de procedimientos o cirugías electivos: cancelación o aplazamiento innecesario del tratamiento.

- Para las pruebas de hisopo tomadas con fines de detección durante las admisiones hospitalarias urgentes: la exposición potencial a la infección siguiendo una vía incorrecta en entornos hospitalarios como un paciente interno.

A2)*Financieras.* Pérdidas financieras relacionadas con el autoaislamiento, pérdidas de ingresos y viajes cancelados, entre otros factores.

A3)*Psicológicas.* Daño psicológico debido a un diagnóstico erróneo o miedo a infectar a otros, aislamiento o estigmatización.

B)***Perspectiva global***

B1)*Financieras*

- Financiamiento malgastado (a menudo proveniente de los contribuyentes) y recursos humanos para pruebas y rastreo.
- Tests innecesarios.
- Financiamiento de reemplazos en el lugar de trabajo.
- Varias pérdidas comerciales.

B2)*Desempeño epidemiológico y diagnóstico*

- Sobreestimación de la incidencia de Covid-19 y la extensión de la infección "asintomática".
- Rendimiento de diagnóstico engañoso, que puede llevar a compras o decisiones de inversión erróneas.

B3)*Social*

- Desviación de las políticas con respecto a los cierres de escuelas y encierros.
- Aumento de la depresión y la violencia doméstica (por ejemplo, debido al encierro, el aislamiento y la pérdida de ganancias después de una prueba positiva).

Potenciales peligros para nuestra salud al utilizar un test PCR

La prueba PCR con hisopo nasofaríngeo es el método más empleado como prueba diagnóstica para detectar el SARS-CoV-2 en una persona, para ser más exactos, ***el hisopado nasofaríngeo, seguido de la transcripción inversa del ARN extraído y la PCR cuantitativa (RT-qPCR), es el*** estándar de oro ***para la detección de la infección por SARS-CoV-2*** (***no el supuesto virus aislado***). Actualmente, la recolección de muestras requiere ***personal médico capacitado***, lo que expone al personal a un alto riesgo de infección. ***Estas pruebas no siempre tienen éxito en el primer*** intento, y con frecuencia se informa escasez de hisopos y equipo de protección. Además, las pruebas masivas requieren un

mayor número de personal capacitado en los sitios de adquisición de muestras. En consecuencia, ***el método de recolección de hisopos nasofaríngeos (NPS) está*** causando ***una carga económica y logística en los sistemas de atención médica***. Además, ***el hisopado nasofaríngeo*** causa ***molestias a los pacientes y existen varias*** contraindicaciones***, como la coagulopatía o la terapia anticoagulante y la desviación significativa del tabique nasal***. ***Una mala praxis en su ejecución puede provocar complicaciones muy graves en el paciente, por las estructuras vitales adyacentes, como hemorragias nasales, rotura del tabique nasal e incluso fuga de líquido cefalorraquídeo***.

Esto es confirmado por una investigación publicada en JAMA Network, que muestra que puede haber riesgo de que se produzca una complicación grave que requiera atención especializada después de realizar una PCR. ***Pueden producirse y al afectar a "localizaciones anatómicas difíciles pueden poner en peligro la vida"***.

Durante el periodo de estudio de siete meses, se realizaron 643 284 pruebas PCR. En 2899 pacientes de urgencias de Otorrinolaringología se identificaron ocho visitas relacionadas con complicaciones: cuatro hemorragias nasales y cuatro hisopos rotos.

La frecuencia de complicaciones que requirieron tratamiento en urgencias fue de 1.24 por cada 100 000 pruebas realizadas. Los hisopos rotos se extrajeron mediante endoscopia nasal con anestesia local, mientras que las hemorragias nasales requirieron medicación, numerosos taponamientos nasales y procedimientos quirúrgicos y endovasculares y provocaron riesgo fetal, sepsis y transfusiones de sangre.

La mitad de las hemorragias eran potencialmente mortales (el nivel de hemoglobina era inferior a 6.5 g/dl. La hemorragia masiva complicó la localización de las hemorragias. Es probable que las infecciones, así como las adherencias intranasales y las perforaciones septales, fueran consecuencia de los repetidos taponamientos nasales.

La Academia Nacional de Medicina francesa ha advertido en un comunicado que se están empezando a detectar varios problemas por una mala práctica en la realización de estas pruebas:

Esta extracción de muestra nasofaríngea se ha convertido en el método de referencia para realizar los test del coronavirus. Cada día se extraen cientos de miles de muestras en toda Europa.

"Ante la multiplicación y repetición de las pruebas, a veces realizadas en condiciones no adecuadas, ***debemos recordar que hay riesgos***", explica la academia médica.

Algunas de estas complicaciones son benignas: molestias, dolor o sangrado leve. ***"Pero también se empieza a notificar otros problemas***

***serios", añaden: daños en el piso frontal del cráneo. Una brecha de este tipo puede ser una vía de paso de virus, bacterias u hongos, y aumentar significativamente el riesgo de tener meningitis*.**

La organización francesa recomienda dar preferencia en los niños a los test de saliva "por su seguridad y aceptabilidad". Recuerda que las PCR y los test de antígenos deben realizarlos profesionales con conocimientos sobre ello. Y ante los autotest avisa a los usuarios que pueden dar falsos negativos si la introducción del hisopo es "demasiado tímida". O, al revés, convertirse en peligroso si se hace con demasiada profundidad y con una mala dirección.

En octubre de 2020, se publicó un informe en JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery que detalla el caso de una mujer ***cuya membrana cerebral fue perforada por un hisopo de prueba de Covid que resultó en una fuga de líquido cefalorraquídeo***. La paciente se sometió a una prueba PCR protocolaria previa a una cirugía por una hernia. Tras la toma de la muestra, la mujer notó que un líquido transparente le salía por una de las fosas nasales. Después sufrió dolor de cabeza, vómitos, rigidez de cuello y aversión a la luz, llegando a precisar un ingreso en el Hospital de la Universidad de Iowa, a cargo del Dr. Jarrett Walsh y sus colegas. Según comenta Wash, la paciente notó que en una de las ocasiones cuando se introdujo el bastoncillo a nivel nasal, la toma se realizó "demasiado alto". Wash hace hincapié en la necesidad de una buena capacitación previa a la realización de pruebas con hisopos nasales, siempre siguiendo la trayectoria del piso nasal, justo por encima de la boca y jamás apuntando con el hisopo hacia arriba; siempre con mucho cuidado.

Una segunda mujer en los Estados Unidos tuvo una experiencia similar. Al evaluar el uso de hisopos nasales, los investigadores que publican en JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery emitieron ***advertencias sobre los riesgos para los millones de personas que se*** someten ***a pruebas de forma rutinaria, especialmente de hisopos nasales administrados de manera inexperta***.

Otro ejemplo real, es el de un hombre que estuvo perdiendo líquido cerebral durante meses debido a una lesión causada por una prueba PCR. Después de soportar meses y meses de lo que parecía una secreción nasal interminable, un hombre de la República Checa finalmente obtuvo respuestas. Resulta que el problema era más profundo de lo que pensaba. El líquido que había drenado de su fosa nasal derecha durante nueve meses seguidos no era moco. En realidad, era líquido cefalorraquídeo (LCR), el líquido que ayuda a amortiguar el cerebro y la médula espinal dentro del cráneo. El líquido estaba saliéndose debido una lesión causada por una prueba de frotis nasal para Covid-19.

El hombre se hizo la prueba con un hisopo nasal en marzo de 2020. Su prueba resultó negativa y simplemente asumió que tenía alergias graves cuando su fosa nasal derecha comenzó a gotear poco después. No fue hasta diciembre que decidió que un médico lo revisara, y después de escanear la cabeza del hombre, el médico descubrió que la prueba de Covid había dañado su placa cribiforme, un hueso que separa la nariz del cerebro.

Quizás el ejemplo muy sonado, ha sido el de un niño de Arabia Saudita que murió después de que un hisopo de prueba de Covid-19 se rompiera en su nariz. El personal médico de un hospital en el Reino le realizó la prueba de Covid-19 porque tenía fiebre, a pesar de que estaba en buen estado de salud.

En Alemania, algunos jueces no quieren hacerse la prueba:

"No se puede exigir a un juez que dependiendo de las circunstancias tenga que permitir estas agresiones corporales varias veces al día, donde corre el riesgo de una lesión corporal y sólo para cumplir con un trámite de su trabajo. Esto choca con lo establecido en nuestra Constitución sobre la inviolabilidad corporal y además es completamente desproporcionado".

Una investigadora encuentra materiales ***no declarados en los prospectos tras analizar los hisopos para pruebas PCR bajo microscopio***:

La Profesora Antonietta Gatti de Alliance for Human Research Protection, examinó varias tiras reactivas de PCR bajo el microscopio y analizó sus ingredientes. El resultado es irritante, ya que ***contienen materiales duros y una gran cantidad de (nano) partículas de plata, aluminio, titanio, fibras de vidrio, etc., algunas de las cuales no están declaradas en el prospecto. Si estos penetran en la membrana mucosa, pueden causar heridas e inflamación***, según la científica.

En su laboratorio, la profesora Gatti utilizó microscopía electrónica (ESEM y EDS) para analizar varios tipos de hisopos, los cuales se utilizan para recolectar material orgánico humano para el 'diagnóstico' de purebas PCR, con el fin de verificar la morfología y la composición química de estos. Con un palito de "algodón" fabricado por Biocomma en Shenzhen, China, la profesora Gatti no pudo determinar si estaba hecho de carbono o de algodón. La suciedad del producto consistía en carbonato de calcio, acero inoxidable o silicatos. Una varilla de prueba similar a un cepillo de Mantacc, otra empresa China, mostró una gran cantidad de fibras rotas. Se encontró que el carbono, silicio, circonio, azufre, aluminio, titanio y sodio eran componentes de la muestra. Otro hisopo de Biocomma parecía estar hecho de fibra de vidrio, o al menos tener un revestimiento de fibra de vidrio. Los componentes fueron carbono, aluminio, silicio y titanio. No se podía descartar que se hiciera un recubrimiento adicional de materiales orgánicos.

La punta del aplicador de otra varilla de prueba, FLOQSwabs®, se cubrió con fibras cortas de nailon dispuestas verticalmente. FLOQSwabs® no tiene un núcleo interno para contener la muestra. La profesora Gatti escribe:

"La empresa explica que el núcleo de la fibra está hecho de nailon con un revestimiento de un material patentado que, en el análisis, resulta ser silicato-circonio-titanio. Este recubrimiento endurece la fibra para que pueda rasgar la membrana de la mucosa. Existe la posibilidad de que la presión aplicada durante las maniobras de frotis pueda romper algunas fibras que permanecen in situ. Cuando esto sucede, pueden causar una reacción de cuerpo extraño que puede

dañar la membrana mucosa de tal manera que se dificulta la respiración y el habla".

Muchos médicos otorrinolaringólogos están encontrando membranas mucosas cada vez más endurecidas en personas que se someten a pruebas frecuentes para el SARS-CoV-2. ***Las membranas mucosas que ya no están intactas no pueden cumplir con su tarea de defenderse de virus, bacterias y hongos antes de que lleguen a las vías respiratorias***, como informa el pediatra Eugen Janzen. ***Los gérmenes penetran en el tracto respiratorio sin ningún filtro inmunológico***. Particularmente problemático en este contexto: la humedad del aliento cálido debajo de las mascarillas es el caldo de cultivo ideal para gérmenes de todo tipo.

Según el análisis de la profesora Gatti, los pequeños puntos blancos del cuello del hisopo son nanopartículas de plata: "La plata es un material que no está declarado en la hoja de datos del fabricante". Tras analizar varios hisopos de diferentes fabricantes, la profesora Gatti llega a las siguientes conclusiones:

Los hisopos de "puercoespín" están hechos de fibras resistentes. ***Si raspan la mucosa nasal, pueden dañarla, provocando una lesión sangrante o, en todo caso, traumatismo en el tejido*****.**

Durante el proceso de cicatrización de la mucosa, las fibras rotas pueden penetrar en el tejido sin posibilidad de removerlas, provocando la formación de un granuloma o tejido fibrótico, como ocurre con cualquier cuerpo extraño.

Los dispositivos médicos examinados no son completamente biocompatibles y, por lo tanto, no cumplen con los requisitos de la norma ISO 10 993 y las pruebas requeridas para obtener la marca CE.

Algunos hisopos son peligrosos para la mucosa nasofaríngea, las fibras vítreas, duras y quebradizas, pueden rayar la mucosa y crear lesiones. El sangrado es una indicación de la invasividad de la prueba.

Las pruebas repetidas con hisopo pueden producir lesiones crónicas. La liberación de fragmentos de fibras vítreas quebradizas puede provocar reacciones biológicas como granulomas y/o fibrosis del tejido**.**

Estos frotis representan un riesgo para la salud de bebés y niños. Si las pruebas son necesarias, dice la profesora Gatti, se deben realizar frotis pequeños y leves en los niños.

En un estudio, se evaluaron las complicaciones causadas por hisopos nasales y orofaríngeos profundos que requieren atención médica inmediata en una cohorte grande y representativa del norte de Alemania y estimaron el número de pruebas para SARS-CoV-2 que involucran procedimientos de hisopo durante la pandemia en todo el mundo.

Dentro del estudio de monitoreo del SARS-CoV-2 basado en la población (Cohorte ELISA), se tomaron 11 476 hisopos nasales y orofaríngeos profundos en 3083 individuos de mayo a agosto de 2020. La recolección de hisopos siguió un protocolo clínicamente aprobado como el realizado en el Hospital Universitario Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Alemania, y consistió en hisopos nasales profundos combinados (cornete medio) y orofaríngeos en cada participante. El hisopo nasal profundo se realizó insertando el hisopo de 2 a 3 cm en una fosa nasal (hasta que se sintió resistencia en los cornetes), mientras giraba suavemente. El mismo hisopo se insertó a través de la boca y se frotó entre los pilares amigdalares sobre la orofaringe posterior evitando la lengua, los dientes y las encías. A lo largo del estudio se utilizaron hisopos de transporte PROBACT con marcado CE (Technical Service Consultants Ltd., Reino Unido) e hisopos de transporte CITOSWAB (Citotest Scientific, China). Los estudiantes de medicina especialmente capacitados realizaron los hisopos bajo la supervisión in situ de un médico.

Se observaron un total de tres AE (0.026% [IC 95%: 0.007–0.077%]). En dos individuos, un hombre de 53 años y un hombre de 55 años, la punta del hisopo se rompió. En ambos casos, la punta del hisopo no fue visible por inspección. Mientras que la primera persona tenía una sensación de cuerpo extraño, la segunda persona no reportó ninguna queja similar. Ambos individuos fueron trasladados inmediatamente a una clínica de otorrinolaringología, donde se recuperó la punta del hisopo sin complicaciones mediante endoscopia nasal en el primer individuo. La punta del hisopo ya no era detectable en la segunda persona a pesar de un examen exhaustivo realizado por un otorrinolaringólogo, lo que sugiere que la punta se había tragado sin más complicaciones. En tercer lugar, una mujer de 29 años desarrolló una luxación anterior espontánea de la articulación temporomandibular izquierda al abrir la boca para el hisopo orofaríngeo. Presentando un dolor relevante, fue ingresada en un hospital en ambulancia para el reposicionamiento de la mandíbula externa. "Cabe destacar que la ocurrencia observada de eventos adversos en el 0.026% de los procedimientos de hisopado es posiblemente todavía una subestimación, ya que realizamos una combinación de hisopos nasales profundos y orofaríngeos que producen tasas de detección de virus comparables pero son menos invasivos que los hisopos nasofaríngeos".

Claramente, existe la necesidad de un método más simple y menos invasivo que también reduzca el riesgo para el personal de atención médica. Algunos piensan que la toma de muestras en la saliva podría ser la solución, no obstante, como veremos en el apartado sobre los test de saliva, esa tampoco es la solución, además de por no disponer de un gold standard adecuado como hemos visto, por los problemas de sensibilidad y especificidad, que se traducen en falsos positivos y falsos negativos.

Óxido de etileno

Se utiliza como agente esterilizante para suministros médicos y alimentos, como fumigante y como insecticida. La exposición a esta sustancia es muy irritante

para los ojos, la piel y el tracto respiratorio, provoca náuseas y vómitos y causa depresión del sistema nervioso central.

Hay tres métodos comunes para esterilizar dispositivos médicos, como hisopos de prueba: dos métodos de radiación ("R") y óxido de etileno ("EO"). En mayo de 2021, en respuesta a una solicitud realizada en virtud de la Ley de Libertad de Información ("FoI"), la MHRA mostró poco conocimiento y poco interés en asumir la responsabilidad de la cantidad de residuos de EO que pueden transferirse a las personas al realizar las pruebas de Covid.

Una investigación realizada por la Agencia de Protección Ambiental de EE. UU. (EPA) en 2016 reveló ***que el EtO (óxido de etileno) es cancerígeno para los humanos cuando se inhala***. ***Es altamente*** tóxico, ***además de causar cáncer, daña el ADN y se encuentra en los hisopos de prueba de Covid***. ***Es mutagénico en*** humanos ***y la exposición crónica se asocia con un mayor riesgo de leucemia, cáncer de estómago, cáncer de páncreas y linfoma no Hodgkin***.

Si bien los gobiernos, los funcionarios de salud pública y los educadores son responsables de investigar, concientizar al público y detener el uso de estas pruebas, hasta que eso suceda, la sociedad tiene la responsabilidad de proteger a los vulnerables. Si bien las personas rara vez o solo ocasionalmente se exponen a los hisopos nasales, ¿qué pasa con su uso repetido en niños y adultos? Al igual que con tantos productos químicos, es la dosis y el nivel de exposición lo que produce el veneno. Y los niños, particularmente los niños pequeños, son significativamente más sensibles a las exposiciones químicas que los adultos.

El Prof. Dr. Werner Bergholz, ha investigado las tiras reactivas o hisopos utilizados por la población para las pruebas de Covid. En el breve vídeo, explicó los resultados del examen de hisopos de prueba en el laboratorio y el óxido de etileno (EO) que se encontró. El Prof. Bergholz documentó su investigación:

Su documento comienza: "***Las pruebas rápidas de antígenos contienen nanopartículas de oro y en al menos un caso un químico que no ha sido aprobado en Europa y ahora ha recibido una exención. Todas estas sustancias son nocivas para la salud y el medio ambiente. Todos los prospectos de las pruebas rápidas que se han examinado hasta la fecha contienen sustancias químicas peligrosas para la salud. Una prueba de saliva se basa en nanotubos de carbono, también un nanomaterial que está fundamentalmente sujeto a la normativa europea sobre productos químicos REACH***".

Todos los hisopos que analizó el Prof. Bergholz ***contenían la sustancia cancerígena y mutágena EO, en una cantidad*** 50 veces mayor que ***la cantidad de EO permitida***.

Además de los productos químicos que se encuentran en los hisopos, ***se rompen pedazos de los hisopos***. "Claramente dejan partes en el cuerpo que son inaceptables", dijo el profesor Bergholz.

El Prof. Bergholz ha estado señalando durante aproximadamente seis meses que existe un riesgo para la salud al usar estas pruebas, pero no se ha tomado ninguna medida. La única respuesta hasta ahora ha sido marcar los hisopos de prueba como esterilizados por radiación, "R". ***Los hisopos que están marcados como esterilizados por radiación no parecen una afirmación creíble***, dijo el profesor Bergholz.

La esterilización de dispositivos médicos con radiación, cobolt-60, es laboriosa, lleva mucho tiempo, requiere ciertas dosis e instalaciones que puedan realizar el procedimiento. Es por eso que cree que es poco probable que la afirmación "R" sea cierta y, en realidad, están utilizando otro método de esterilización, EO, para los hisopos de prueba, incluso cuando está etiquetado como "R".

De igual forma, el Dr. José Luis Gettor médico de urgencias en España, ha alertado a la población sobre los daños que provocan los hisopos de las pruebas PCR.

"***Los hisopos son un arma. Contienen una sustancia desarrollada por la inteligencia militar llamada 'hidrogel DARPA'. Y la pequeña punta del hisopo no es algodón simple. Esos hisopos vienen de China. No es un palito de plástico con una punta de algodón. Es un manojo de fibras huecas de nailon que contienen, entre otras cosas, óxido de etileno***".

"***El óxido de etileno es un veneno que es retenido por el hidrogel. Pero cuando el hisopo penetra en la mucosa a 30ºC, el hidrogel se derrite. Y debemos tener en cuenta que el óxido de etileno hierve a 10.4ºC. Por eso es tan doloroso. Por eso pica tanto. Porque una vez que el hidrogel se derrite, se libera óxido de etileno y genera una úlcera en el fondo de la rinofaringe***".

"***Lejos de hacer un diagnóstico, lo que están haciendo es mucho, mucho daño***. Entonces, por favor, gente, dejen de tomar muestras", advirtió el Dr. Gettor.

A fines de abril de 2021, se publicó una serie de casi 40 fotos de microscopio que mostraban fibras, estructuras e incluso "ganchos" extraños que están incrustados en las fibras de los hisopos nasales y mascarillas. Mike Adams explicó todas las fotos y cómo fueron tomadas, utilizando manchas de yodo y luz ultravioleta en ciertos casos en su vídeo de atualización de situación aquí.

En mayo de 2021, un informe eslovaco reveló que las "pruebas de Covid" ***están contaminadas con hidrogeles nanotecnológicos y litio***. El litio se utiliza en los nanobots de revestimiento de compuestos lipídicos que se insertan en los hidrogeles para el suministro balístico de agentes biológicos.

Mark Sexton, un oficial de policía jubilado del Reino Unido, hizo público el informe eslovaco sabiendo muy bien que los principales medios de comunicación no tocarían la historia. En ese momento, Sexton también suplicó al público que

llevara los "kits de prueba" de PCR a una estación de policía local y retirara las llamadas "pruebas" de circulación de inmediato.

Más recientemente, Mike Watson ha expresado su preocupación. El canal de Telegram para Robin Monotti + Dr. Mike Yeadon + Cory Morningstar compartió una publicación de Watson el 15 de enero de 2022 que dice:

Revise el paquete de hisopos y encontrará las letras EO en un cuadro cuadrado negro. Trabajo en refinerías con reactores catalíticos de "óxido de etileno" y uso un aparato de respiración completo porque es un carcinógeno importante.

Un hisopo en la nariz y la parte posterior de la garganta fuerza ***la presencia EO en la membrana mucosa donde permanece en una cantidad desconocida***.

Múltiples hisopos, cada pocos días con el tiempo, aumentan los niveles críticos de exposición que aumentan exponencialmente el riesgo de cáncer. El EO masivamente aumenta el riesgo de cáncer para todos en la industria médica. Para las personas que se ven obligadas a realizar pruebas cada 3 días (¡¡aprox. 120 x por año!!) Su nivel de exposición está por las nubes.

Al exponer ***a miles de millones de personas a niveles cada vez mayores de exposición al EO mediante un hisopado forzado, solo se mostrará un aumento de los niveles de cáncer entre ahora y 5/10 años***. Se puede implementar un proceso global no suprimido que puede realizar un seguimiento, medir, monitorear y registrar con precisión los datos que luego se comparten con una entidad de administración de base de datos descentralizada, no corrupta y "sin confianza".

Un grupo sindical llamado Isotita (Igualdad) que representa a los trabajadores del sector público está pidiendo que se suspendan las "pruebas rápidas" del coronavirus de Wuhan (Covid-19) después de que se descubrió que ***los hisopos contienen óxido de etileno***.

Dado que los hisopos contaminados se atascan en las cavidades nasales de las personas, a veces varias veces a la semana, es casi seguro que el óxido de etileno se inhale y pueda sembrar las semillas de una enfermedad crónica.

En la Unión Europea, el óxido de etileno está prohibido en la producción de alimentos y, según el Reglamento de la UE n.º 2015/868, **la cantidad máxima permitida en los residuos se especifica en 0.05 mg/kg**.

La ISO 10993-7:2008 "Evaluación biológica de productos sanitarios — Parte 7: Residuos de esterilización con óxido de etileno" establece que se sabe que la OE presenta una serie de efectos biológicos que incluyen irritación, daño a los órganos, mutagenicidad y carcinogenicidad en humanos y animales, y efectos reproductivos en animales y que la exposición a residuos de OE debe minimizarse.

Los límites de contacto tolerables ("TTL") y los límites de exposición se indican en secciones y anexos de la ISO que no se han puesto a disposición del público: los TTL son los límites de concentración para evitar posibles efectos irritantes de los residuos de EO en los productos sanitarios esterilizados con EO.

En el año 2000, un directorio de proveedores de dispositivos médicos, QMed, publicó un artículo que afirmaba que "para abordar los efectos acumulativos del uso múltiple (más de 100 veces en la vida) o del uso neonatal de dispositivos en la categoría de exposición limitada", se deben aplicar límites de residuos para la "categoría prolongada": 2 mg por día durante los primeros 30 días y no se deben administrar más de 0.1 mg de EO al paciente a partir del día 31. Pero señaló que el límite de 0.1 mg a partir del día 31 "probablemente cambiará en la revisión de ISO 10993-7".

Steris, una empresa irlandesa de equipos médicos domiciliada especializada en esterilización, afirma en su sitio web que, según la norma ISO 10993-7:2008/(R) 2012: el uso "limitado" de un dispositivo es inferior a 24 horas; el uso "prolongado" es de 24 horas a 30 días; y, el uso "permanente" es de más de 30 días. Y, el límite de exposición de la OE para: uso "limitado" es de 4 mg en 24 horas; uso "prolongado" de 60 mg durante 30 días (2 mg por día); y el uso "permanente" de 2.5 mg durante toda la vida.

En una respuesta del Gobierno de Gales a una solicitud FoI, el Gobierno galés declaró que "los fabricantes han confirmado que se utiliza 1-2 µg / g de óxido de etileno en los hisopos".

Supongamos que un hisopo de prueba pesa 1 gramo. Es probable que un hisopo pese la mitad de esto. Eso significaría que cada hisopo contiene 0.5-1 microgramos de EO. Steris afirma que el TCL es de 10 $\mu g/cm^2$. Por lo tanto, parece que el EO en los hisopos está por debajo de la concentración de cualquier efecto irritante potencial en la nariz o la garganta para cualquier evento de prueba individual. Es decir, no notaríamos una irritación en los hisopos cuando están en contacto con, por ejemplo, nuestra piel, nariz o boca.

Sin embargo, con respecto a los residuos de EO que deja el hisopo de prueba, puede ser más difícil de establecer y requerirá que se realicen pruebas de laboratorio o investigaciones. Antes de exponer los análisis reales y sus resultados, intentaremos razonar si esto es algo que tendría que estar siendo investigando.

Vamos a verlo con un ejemplo altamente sensible. Consideremos a un niño en edad escolar, digamos de 11 años, que debería estar expuesto a un máximo de 2.5 miligramos de EO en su vida, digamos otros 70 años basados en la esperanza de vida promedio. Por el bien de la simplicidad, ignoraremos cualquier otra fuente de exposición a la OE, como intervenciones médicas o visitas al hospital, etc., lo que, por supuesto, no es razonable, y asumiremos que los hisopos de prueba de Covid son la única exposición a la OE que el niño experimentará durante su vida.

Y supongamos que cada hisopo de prueba insertado en la nariz o la garganta del niño deja un residuo de 0.25 microgramos de EO, en otras palabras, la mitad de la estimación más baja de lo que está en el hisopo empaquetado se transfiere como un residuo. Suponiendo que se tome un hisopo de la nariz y la garganta, eso significaría 0.5 microgramos de residuos de EO por cada prueba de Covid que tome el niño.

Suponiendo que el nivel seguro de exposición a la OE durante toda la vida sea de 2.5 miligramos, esto equivaldría a 5000 pruebas (2.5/0.0005). Si las pruebas de Covid se tomaran a un ritmo uniforme durante el resto de la vida del niño, 70 años y suponiendo que no se excediran los límites legales; esto sería 71 pruebas de Covid por año o poco más de una por semana.

¿Cuántas pruebas ha tenido su hijo en los últimos dos años? ¿Cuántas pruebas PCR se ha hecho usted en estos dos años?

"El óxido de etileno es un gas que se usa comúnmente para esterilizar muchos tipos diferentes de dispositivos médicos, incluidos los hisopos utilizados en los kits de prueba", informó el correo de Chipre.

"Los hospitales han utilizado esterilizadores de gas de óxido de etileno (EtO) durante más de 40 años para esterilizar equipos y suministros quirúrgicos que son sensibles al calor o que no toleran la humedad excesiva".

Las preocupaciones del sindicato Isotita surgen después de un informe transmitido en el canal de medios Pronews TV, sobre un hisopo de prueba rápida que **contiene 0.36 mg/kg de óxido de etileno**. La red de medios Pronews TV también publicó un especial sobre las pruebas rápidas contaminadas, señalando que se insertan repetidamente hisopos altamente tóxicos en las cavidades nasales de las personas donde se implanta la sustancia mortal.

El análisis, realizado por Food Allergens Lab con sede en Larnaca, había establecido el límite de detección en 0.025 mg/kg. El resultado del análisis, que dice "Swab", está fechado el 21 de octubre.

Incluso pequeñas cantidades **de óxido de etileno mucho más bajas que las que se encuentran en las pruebas rápidas causan cáncer**.

En agosto, las autoridades sanitarias ordenaron la retirada del mercado de los productos alimenticios que contenían niveles más bajos de óxido de etileno que los que contienen los hisopos. En base a esto, las pruebas rápidas también deben retirarse y descontinuarse inmediatamente de su uso.

El gobierno de la UE afirmó que los niveles de óxido de etileno que se encuentran en los alimentos no representan ningún peligro para la salud humana porque las cantidades son demasiado pequeñas para causar problemas, “sin embargo, según estudios científicos, se evalúa que el consumo frecuente a largo plazo, **incluso con trazas de óxido de etileno, aumenta el riesgo de desarrollar cáncer**”, explican los informes.

Las normas actuales de la UE establecen que un producto alimenticio puede retirarse del mercado "incluso cuando se demuestre que un solo ingrediente del alimento está contaminado con óxido de etileno en el nivel más bajo detectable, incluso cuando el ingrediente en cuestión comprende la parte más pequeña en porcentaje del alimento".

En el siguiente vídeo, Hugo habla sobre el polietilenglicol ("PEG") que se encuentra en los sueros experimentales (del que hablaré más adelante en este informe) y el óxido de etileno en los kits de prueba de Covid. También en este vídeo se habla sobre el óxido de etileno y sus peligros para nuestra salud.

Otros test

Además de los PCR, existen otras vías alternativas (mucho menos frecuentes en utilización) para, supuestamente, diagnosticar la enfermedad:

1) *Test de anticuerpos (también llamados serológicos)*. Muestra si tiene anticuerpos contra el virus. Podría usarse como prueba de que ya es inmune al coronavirus, pero podría reaccionar a los otros cuatro coronavirus del resfriado común (reactividad cruzada). La prueba de anticuerpos no puede determinar si actualmente tiene un virus. Esta prueba, al igual que la PCR, no debe utilizarse para poner a alguien en cuarentena.

   Los hay de dos tipos: los rápidos que ahora llegan a la farmacia y cuya fiabilidad se considera baja y, los que utilizan los procedimientos Elisa y de quimioluminiscencia, que requieren de una cantidad de sangre mayor, más caros y empleados en entornos hospitalarios.

   Los test funcionan mediante un pinchazo en el dedo y permiten detectar la presencia de anticuerpos, es decir, de la respuesta inmunitaria del cuerpo que se produce con la entrada del virus. En el caso de que el paciente haya tenido un contacto con un infectado, los anticuerpos IgM son los primeros en aparecer, entre los 7 y 10 días de dicho contacto, y los anticuerpos IgG aparecen entre los 10 y 15 días siguientes. Este tipo de test detecta "en minutos" si hay anticuerpos IgM o IgG, pero **no sirven para saber si se tiene el virus en caso de "sospecha de la enfermedad"**. Además, es posible la aparición de falsos positivos, en casos "asintomáticos" con IgM positiva, puede tratarse de un falso positivo de IgM ya que estos test son muy sensibles pero menos específicos que otro tipo de pruebas. También pueden aparecer falsos negativos "si la cantidad de la muestra no es la adecuada.

   Se trata de test que no sirven para detectar si se está enfermo, porque los anticuerpos sólo aparecen, si lo hacen, diez días después de la infección, y cuya utilidad se limita a saber si una persona ha tenido contacto con el virus, con la posibilidad de que haya inexactitudes en el resultado. No servirían, por tanto, para diagnosticar infectados, algo que han advertido en los últimos días los microbiólogos. La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, emitió un comunicado advirtiendo de

que este tipo de pruebas "no son fiables ni en pacientes sintomáticos ni en individuos asintomáticos". Además, avisaba de que la detección de anticuerpos no garantiza la inmunidad del paciente, por lo que, independientemente del resultado, todos deberán seguir cumpliendo las mismas pruebas de detección. **La SEIMC pedía incluso que las autoridades sanitarias se replantearan la aprobación de estos test**.

2) *Test de antígenos*. Muestra si tiene un antígeno contra una proteína del virus. Se basan en la detección de proteínas del virus y son mucho más rápidos que las PCR: el resultado se conoce en minutos. Sobre un soporte se fijan anticuerpos específicos que reaccionarán contra alguna proteína del virus. Se suele emplear la proteína de la superficie de la envoltura (la proteína S), que se proyecta hacia el exterior. Si en la muestra hay partículas virales, quedarán fijadas al anticuerpo. Es como si el virus o sus proteínas hubieran sido capturados por el anticuerpo.

   A continuación, se añade un segundo anticuerpo contra el virus de manera que se forme un emparedado o sándwich: anticuerpo-virus-anticuerpo. Este segundo anticuerpo estará marcado o señalado de alguna manera para poner de manifiesto la reacción. Si la reacción es positiva, demuestra que había proteínas del virus. Es decir, que la persona está infectada.

   No requiere reactivos caros, ni máquinas, ni personal técnico cualificado. Son mucho más baratos que la PCR. Suelen estar manufacturados como un test de embarazo: se toma una muestra de la nariz con un bastoncillo o de la saliva, se añaden unas gotas de un reactivo que extrae los antígenos del virus, se coloca en el dispositivo y se esperan menos de 30 minutos a que aparezcan las bandas reactivas correspondientes.

   Al tener una sensibilidad menor que la PCR, los test de antígenos son positivos a concentraciones más altas del virus y eso puede tener su ventaja. Aunque no sabemos qué carga viral implica que una persona sea o no infecciosa, podemos asumir que cuanto mayor sea la carga viral, mayor probabilidad hay de que uno sea contagioso.

   El estado de la infección se debe siempre correlacionar con el historial clínico y con otra información diagnóstica. La interpretación de un test siempre hay que hacerla dentro de un contexto clínico.

   Otro tema a tener en cuenta, es que existen varias empresas que comercializan test de antígenos. Aunque el fundamento sea similar, los resultados no tienen por qué ser iguales. Los test pueden variar en el tipo de anticuerpos que empleen, la proteína del virus que detectan o el modo de revelar la reacción. La sensibilidad y especificidad pueden ser diferentes entre ellos y deberían antes evaluarse. Recordemos el fiasco de los famosos test rápidos chinos.

Los expertos de la industria del diagnóstico y los trabajadores de la salud no están a favor de estas pruebas. En general, las preocupaciones sobre las pruebas de antígenos suelen estar relacionadas con la tasa de falsos negativos, pero los brotes y artículos recientes han preocupado a muchos en la salud pública y la medicina también sobre la tasa de falsos positivos. Si bien las pruebas más recientes han tenido como objetivo identificar de manera positiva los casos activos de Covid-19 en al menos el 80-90% de los casos, y preferiblemente más, existe una amplia variación entre las pruebas de antígenos actualmente disponibles en el mercado y su precisión depende del contexto de uso.

3) *Test basados en la saliva*. Tenemos test PCR o antígenos basados no en exudados nasofaríngeos sino en saliva, con lo que la toma de muestras será mucho más sencilla.

Test de antígenos

Actualmente, existen dos métodos autorizados de "diagnóstico. Ya ha quedado demostrado que los PCR no son válidos para ello; ahora vamos a demostrar que el otro, el test de antígenos, tampoco es válido para tal efecto:

La técnica presenta ***falsos negativos y positivos, compartiendo las mismas causas que en el caso de la PCR***, aunque con valores no definidos por la falta de evidencia. ***No son sensibles para*** detectar ***bajas cargas virales, por lo que un resultado negativo*** no descarta ***la infección***.

El test de antígenos tiene un rango de falsos negativos entre el 10 y el 25%, dependiendo de si la realiza un experto o no", explica Pierangelo Clerici, presidente de la Asociación Italiana de Microbiólogos Clínicos y de la Federación Italiana de Sociedades Científicas de Laboratorio.

Esto significa que con un autotest se corre el riesgo de tener resultados inexactos en ***uno de cada cuatro casos***, ya que no se detecta la positividad. Sucede porque no es fácil realizar correctamente la toma de muestras orofaríngeas nasales uno mismo porque, como ya sabemos, causa algunas molestias.

Como mencioné antes, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc) ha emitido varios documentos de posicionamiento sobre los test rápidos (1) (2) (3) (4), vamos a verlos más detalladamente:

Una de las conclusiones respecto a los **test de antígenos, es que tendrían una sensibilidad inferior al 50%**.

Señalan que los **test de anticuerpos** que se están realizando en el ámbito internacional, tienen una **insuficiente sensibilidad y especificidad**, aunque autoridades como la OMS o la FDA, en un primer momento, han abogado por su uso. No obstante, la OMS, respecto a los test rápidos, alertó del problema que presentan en un informe del 08 de abril de 2020: "En el presente, basándonos en

la evidencia disponible, la **OMS recomienda el uso de los test rápidos de anticuerpos solo para investigación. No deberían ser usados en ningún otro contexto, incluida la toma de decisiones clínicas**", hasta que haya más evidencias. En el mismo documento se animaba también a seguir investigando para mejorar estos test.

Pruebas de verificación de estos test en varios países, también han hallado baja sensibilidad, como recoge *Nature*; el reportaje reflejaba el interés internacional por los test sensibles a anticuerpos IgG (los de protección a largo plazo). Cuando la sensibilidad y la especificidad (que evita los falsos positivos) son muy altas, estas pruebas deberían permitir dibujar el mapa inmunológico de la población y ayudar en la decisión de relajar el confinamiento. Algunos países han hablado de un 'pasaporte inmunitario', pero la escasa fiabilidad de las pruebas complica los planes. *Nature* cita a Peter Collington, microbiólogo de la Universidad Nacional Australiana en Canberra, recordando que los kits deben ser verificados con muchas personas antes de considerarse válidos, algo que con las prisas no se ha hecho. Algunos **test comerciales han demostrado una especificidad de menos del 40%**, según informa esta revista. Un análisis en Dinamarca probó nueve test. La sensibilidad de los que se realizan en el laboratorio oscilaba entre el 67 y el 93%; la de la mayoría de los test rápidos era mayor, pero algunos se basaban en datos de apenas unas decenas de personas. La sensibilidad y la especificidad de este tipo de pruebas debería ser bastante superior. **Un falso positivo cada 100 test puede no parecer mucho, pero si el plan es hacer las pruebas a decenas de miles de personas, los falsos positivos se convierten en un problema grave**. A veces es que, simplemente, hace falta más tiempo para recopilar evidencias.

A pesar de los datos favorables que han presentado algunos estudios, la Seimc destaca un parámetro que comprometería su fiabilidad. Se trata de que, **al no haberse evaluado su fiabilidad en fase precoz de aparición de los síntomas, no existen evidencias suficientes para posicionar su detección como cribado frente a otras técnicas**.

Además, a la hora de evaluar las ventajas y desventajas registran varios factores que no sitúan esta prueba como método de cribado. Y es que, entre las desventajas se incluye que **tienen una gran variabilidad en función del curso de la enfermedad**. Esto se explica porque en las primeras fases de la infección, el cuerpo no ha generado anticuerpos frente a la enfermedad, por lo que no son detectables.

Por ello, a pesar de la rapidez con que se obtienen los resultados, únicamente se puede utilizar con fiabilidad en un determinado número de casos. Cabe destacar que aunque los ensayos de inmunocromatografía ofrecen resultados entre 15 y 30 minutos, con ellos es difícil procesar muchas muestras al mismo tiempo.

Sobre los test rápidos, también el **Colegio de Médicos de Madrid** emitió un informe el 08 de mayo de 2020:

Según ese informe, los dos únicos métodos para diagnosticar la enfermedad son el PCR para la detección inicial de la enfermedad (casos activos) y pruebas ELISA/CLIA para la detección de anticuerpos (casos pasados): "**No recomendamos ningún otro método o prueba, ya que sus resultados no servirían para tomar decisiones clínicas**" (**aunque ya ha quedado demostrado en el presente apartado, que los PCR, tampoco sirven para diagnosticar**).

Sobre la detección de antígenos virales (Ag):

"Esta técnica se desarrolló para dar rapidez al diagnóstico de infección aguda (15-30 minutos).Se realiza en muestra respiratoria, exudado naso u oro-faríngeo. Es una inmunocromatografía tipo point of care.

La principal desventaja es la dificultad de procesar muchas muestras en un periodo corto de tiempo y sobre todo su baja sensibilidad, inferior al 30% (muchos falsos negativos) aunque su especificidad puede llegar a más del 95%. Actualmente no se recomiendan como técnica de rutina.

Quieren alertar, con ello, sobre la cantidad de "test rápidos" que se están haciendo y sobre su escasa fiabilidad. El presidente del Colegio Médicos de Madrid, D. Miguel Ángel Sánchez Chillón, es contundente: "Es preferible esperar un poco más y hacer pruebas fiables a todo el personal de riesgo o susceptible de infectarse. Lo serio es hacer lo que pedimos (pruebas PCR y ELISA/CLIA), y si no hay capacidad para ello, es preferible no hacer ninguna prueba. Es mejor no hacerlo que hacerlo mal". Porque los "**test rápidos", asegura, "pueden dar una sensación de falsa seguridad, y desde el punto de vista clínico no nos van a ayuda**r". Sánchez Chillón, dice que no se trata de acusar a nadie, y trata de buscarle una explicación a la situación. "Es probable que por la falta de de otro tipo de pruebas diagnósticas más fiables, se esté recurriendo a estas, que son un paño caliente, han preferido ponerse a hacer pruebas antes que esperar por otras más fiables". Pero insiste: "No merece la pena andar haciendo test rápidos porque nos vamos a quedar con las mismas dudas que antes de hacerlos. Yo mismo he rechazado hacérmelo".

Las pruebas de antígenos para Covid-19 tienen muchas ventajas, que incluyen resultados rápidos, costos de producción económicos y una alta tasa de resultados de pruebas precisas para las personas que están **activamente infectadas con Covid-19**. Sin embargo, **una de las principales desventajas de estas pruebas es su alta tasa de resultados falsos negativos (tener un resultado negativo incluso si está infectado activamente con el virus).**

A pesar de tener tasas bajas de falsos positivos, **estos tipos de errores en las pruebas de antígeno todavía** existen **debido a problemas técnicos como manipulación, contaminación o errores de prueba**. Estas consideraciones tienen un **gran impacto, ya que sus efectos pueden tener consecuencias directas en la salud de las personas que dan positivo en la prueba (pero no lo son) y están en cuarentena con personas con infecciones activas o**

reciben tratamientos como medicamentos cuando pueden ser perjudiciales. Incluso la FDA, advierte del riesgo de falsos positivos.

Si bien la mayoría de las pruebas de antígenos más recientes tienen como objetivo identificar con precisión a las personas con infecciones activas por Covid-19, se ha informado que **algunas pruebas de antígenos tienen tasas de falsos positivos o falsos negativos de hasta el 50 %**.

En un aviso, la Organización Mundial de la Salud dijo en su momento que la sensibilidad de estas pruebas podría "esperarse que varíe del 34% al 80%", a partir de la experiencia con la influenza donde se observa que los pacientes tienen "concentraciones comparables del virus de la influenza en muestras respiratorias como, supuestamente, se ve en Covid-19". Con base en esta información, la OMS dice que "**la mitad o más de los pacientes infectados por Covid-19 podrían pasar por alto en tales pruebas**, dependiendo del grupo de pacientes examinados".

"También puede lanzar una moneda", dice un experto de la industria sobre la falta de confianza en las pruebas rápidas de antígenos. Y la razón de esto se puede encontrar en el aviso del Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR). "Todos los individuos sintomáticos que dan negativo mediante la prueba rápida de antígeno deben confirmarse con una prueba de PCR en tiempo real (RT)", explica el ICMR. **En una lectura de falso negativo, el individuo puede irse a casa, aunque pueda estar asintomático o desarrollar síntomas más tarde. En ese tiempo, ya habría transmitido la infección a quienes lo rodean**, señalan.

La Dra. A Velumani, fundadora de Thyrocare, se hace eco de la observación de que las pruebas de antígenos anulan el propósito de la detección, **dados los falsos negativos** que deben respaldarse con una prueba de RT-PCR. Varios expertos **recomiendan usar una segunda prueba para confirmar que un paciente es realmente negativo o positivo**, **particularmente cuando los pacientes pueden no tener síntomas o no haber estado expuestos a personas que dieron positivo en la prueba del virus**. Si bien las pruebas de antígeno generalmente pueden diagnosticar infecciones activas por Covid-19, es más probable que pierdan una infección activa en comparación con las pruebas moleculares.

En un mundo pandémico perfecto, podría intentar planificar una reunión "más segura" utilizando pruebas rápidas de antígenos en el hogar para asegurarse de que usted y sus invitados no estén infectados con Covid-19 de antemano. Desafortunadamente, **estas pruebas no son lo suficientemente sensibles como para hacer que una reunión sea segura**. Y en realidad pueden proporcionar una falsa sensación de seguridad.

"**Las pruebas rápidas de antígenos pueden pasar por alto fácilmente una infección asintomática. De hecho, en realidad es probable que den falsos negativos en ese período de tiempo y muchas están aprobadas solo para su uso en personas con síntomas**. Yo desaconsejaría confiar en las pruebas

rápidas de antígenos en el hogar para 'detectar' Covid antes de una reunión, explica el Dr. Long.

El New York Times informó que la prueba de antígeno de Quidel realizada por la Universidad de Arizona detectó **solo el 32% de las infecciones en personas asintomáticas, a pesar de que la prueba cumplía con los requisitos de la FDA de EE. UU. Para la aprobación de la EUA**.

El 3 de noviembre de 2020, la FDA de EE. UU. Publicó una carta de advertencia que recuerda al personal de laboratorio clínico y a los proveedores de atención médica **los riesgos de resultados falsos positivos y falsos negativos con las pruebas de antígeno**, particularmente cuando los usuarios no siguen las instrucciones y leen los resultados de las pruebas antes o después de la tiempo especificado. Además, **la tasa de falsos positivos es mayor cuando la prevalencia de la enfermedad es baja en una población**.

En un estudio en el que analizaban precisión de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa-transcriptasa inversa frente a la de antígenos para la infección por SARS-CoV-2 en atletas universitarios durante la prevalencia de la variante Ómicron, encontraron que ***la sensibilidad global de RAT fue solo del 63.0%***, muy lejos de lo recomendable. "***El rendimiento de RAT fue mejor en individuos sintomáticos***, probablemente debido a la diferencia significativa en los valores de Ct, porque se ha demostrado que los valores de Ct se correlacionan con la sensibilidad de RAT tanto en estudios de laboratorio, como clínicos", lo cual nos dice que para los "asintomáticos", es decir, la gran mayoría de la población, no va bien.

Otro detalle importante, es que no todos los pacientes sintomáticos con un resultado positivo de RAT se sometieron a pruebas de RT-PCR confirmatorias, ***lo que podría causar valores elevados de especificidad***, dicho de otra forma, incluso los datos de especificidad están inflados.

"***La prueba rápida de antígenos se desempeñó de manera similar en la detección de la variante Ómicron en comparación con las variantes anteriores, con baja sensibilidad, particularmente entre individuos asintomáticos***. ***Su uso como herramienta de detección de infecciones asintomáticas en el contexto de una prevalencia generalizada de la variante Ómicron puede ser limitado***", es decir, que presenta baja sensibilidad y tampoco vale para la gran mayoría de la población.

En un estudio en el que analizaban la precisión de la prueba de detección rápida de antígenos para muestras de hisopo nasofaríngeo y muestras de saliva en comparación con RT-PCR y cultivo viral para la detección de SARS-CoV-2, concluyeron que ***la sensibilidad de la prueba RAD del SARS-CoV-2 fue insuficiente, particularmente para las muestras de saliva***.

En un estudio concluyeron: "La sensibilidad clínica de los kits RAD osciló entre el **22.9% y el 71.4%** para detectar muestras de pacientes con Covid-19", muy por debajo de lo que acepta como válido el Comité de Seguridad Sanitaria de la Unión Europea.

En otro estudio concluyeron para un test de los incluidos como válidos en la lista de la Comisión Europea: "En esta investigación, entre las personas que informaron síntomas compatibles con Covid-19 en la recolección de la muestra, **la prueba fue menos precisa (sensibilidad = 80.0%; especificidad = 98.9%) que la informada en la EUA de la FDA** (sensibilidad = 96.7%; especificidad = 100%). Dos de las ocho muestras de personas sintomáticas que obtuvieron resultados falsos negativos en la prueba de antígeno fueron positivas mediante cultivo viral, lo que indica que **las personas potencialmente infecciosas podrían no ser detectadas mediante la prueba de antígeno**. **Para reducir el impacto de los resultados negativos falsos de las pruebas de antígenos, se deben considerar las pruebas de confirmación con una NAAT autorizada por la FDA, como RT-PCR, después de los resultados negativos de las pruebas de antígenos en personas sintomáticas".**

"Para tener en cuenta **los resultados falsos positivos cuando se utilizan pruebas de antígenos para el cribado asintomático**, se debe considerar la prueba de NAAT confirmatoria después de los resultados positivos de la prueba de antígenos en personas asintomáticas, particularmente cuando la probabilidad previa a la prueba de infección por SARS-CoV-2 es baja".

De esta publicación podemos sacar varias conclusiones importantes: 1) los datos de calidad que proporcionan los fabricantes de test de antígenos a los organismos reguladores, pueden ser diferentes y superiores a los que se muestran tras su utilización en la práctica; 2) presentan falsos positivos en las personas supuestamente asintomáticas y falsos negativos en las personas sintomáticas; 3) no se puede utilizar como único método de diagnóstico y por tanto, no se puede discriminar a unas personas con respecto a otras en base a sus resultados, es absurdo además de incoherente e injusto.

En otro estudio, también para un test de los incluidos como válidos en la lista de la Comisión Europea, concluyen: "**La precisión de la prueba rápida de antígeno** del SARS-CoV-2 Roche / SD Biosensor en el diagnóstico de infecciones por SARS-CoV-2 en un centro de pruebas de atención primaria / secundaria **fue considerablemente menor en comparación con los datos del fabricante**. La aplicación generalizada en un entorno de este tipo **podría dar lugar a un número considerable de personas clasificadas falsamente como negativas para el SARS-CoV-2**.

De esta publicación, podemos sacar dos conclusiones importantes: 1) la precisión real del test puede ser inferior a la que especifican sus fabricantes y 2) generan falsos negativos que según el entorno en el que se emplee puede dar lugar a un número muy grande de ellos.

En este caso, el test es uno de los admitidos como válidos en la lista de la Comisión Europea, lo cual, es de extrema gravedad puesto que **estamos hablando de test de uso profesional que son los que se usan en entornos en los que se procesan muchos diagnósticos diarios, lo cual implica, estar generando un número ingente de falsos negativos**, mucho mayor de los que supuestamente se estarían produciendo teóricamente según las especificaciones de la OMS (los estándares de precisión o exactitud que la Organización Mundial

de la Salud considera aceptables (identificar al menos al 80% de las personas infectadas y descartar al menos al 97% de las no infectadas)) o de la Comisión Europea o del Comité de Seguridad Sanitaria de la Unión Europea (sensibilidad mayor o igual de 90% y especificidad mayor o igual a 97%)) **facilitando, aún en mayor medida, la teórica propagación del supuesto virus**.

En otro estudio, con dos test de los incluidos en la lista de la Comisión Europea llegaron a la siguiente conclusión: "**La baja sensibilidad de las pruebas de antígenos conlleva un riesgo considerable de falsa negatividad**. Es aconsejable implementar pruebas repetidas con una frecuencia suficientemente alta si la prueba de antígeno se usa como una herramienta de detección de primera línea, y seguir con la PCR si se aplica a poblaciones vulnerables". Es decir, que aún siendo de los que se admiten como adecuados por la Comisión Europea, presentan baja sensibilidad y dan lugar a falsos negativos, o dicho de otra manera, el riesgo de favorecer la propagación de la supuesta enfermedad, es alto.

En otro estudio con uno de los test incluidos en la lista de la Comisión Europea, concluyeron: "El uso de la prueba de detección de Ag **no está indicado para el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 en pacientes asintomáticos o con síntomas de más de 5 días de evolución**, pero podría ser útil en pacientes con síntomas de 1-5 días de evolución". Es decir, que tampoco vale para pacientes asintomáticos. En otro estudio con el mismo test, llegaron a otra conclusión interesante: "Precaución al interpretar un resultado positivo de la prueba en un entorno de baja prevalencia". Es decir que no sirve ni para asintomáticos, ni después de 5 días de evolución, ni tampoco en entornos de baja prevalencia". En otro estudio también con el mismo test, llegaron a la siguiente conclusión: "Este estudio independiente **confirma la sensibilidad subóptima en niños sintomáticos y su baja sensibilidad en niños asintomáticos en el momento del muestreo, proporcionando evidencia adicional para el uso rutinario cauteloso de estas pruebas para la detección de SARS-CoV-2, tanto en niños sintomáticos como asintomáticos**". Es decir, que encuentran que incluso un test de los que supuestamente son válidos, dan problemas por baja sensibilidad tanto en sintomáticos, como en asintomáticos.

Según otro estudio, aunque las pruebas de antígeno brindan resultados en aproximadamente 15 minutos, antes de que surgiera la variante Ómicron, tenían **solo un 58% de precisión para las personas que no tenían síntomas, o un 72% de precisión para las que los tenían**, según una revisión de Cochrane de más de 24 000 muestras de prueba, lo cual está muy por debajo de lo que acepta como válido el Comité de Seguridad Sanitaria de la Unión Europea y además demuestra que los test, tanto para sintomáticos como para supuestos asintomáticos darían muchos falsos negativos, favoreciendo así la propagación de la supuesta enfermedad.

"**Con una prevalencia del 5% utilizando datos para los ensayos más sensibles en personas sintomáticas (SD Biosensor STANDARD Q y Abbott Panbio (ambos en la lista de la Comisión Europea)), los valores predictivos positivos (VPP) del 84% al 90% significan que entre 1 de cada 10 y 1 de cada 6 resultados positivos serán un falso positivo, y se**

perderá entre 1 de cada 4 y 1 de cada 8 casos. Con una prevalencia del 0.5%, la aplicación de las mismas pruebas en personas asintomáticas daría como resultado un VPP del 11% al 28%, lo que significa que entre 7 de cada 10 y 9 de cada 10 resultados positivos serán falsos positivos, y entre 1 de cada 2 y 1 de cada 3 casos serán omitido".

En otro estudio llegaron a la siguiente conclusión: "Nuestros resultados indican que la prueba identificó correctamente a la **mayoría de los individuos infecciosos**. Sin embargo, la sensibilidad es considerablemente menor que para la PCR, y es **importante que se tengan en cuenta las limitaciones de la prueba en el seguimiento de los individuos evaluados**. Es decir, escasa sensibilidad y falso negativos.

En otro estudio concluyen: "Nuestros resultados muestran que solo 45 pruebas de antígenos de 90 pacientes con PCR validada positiva se identificaron correctamente mediante pruebas de antígenos (**sensibilidad del 50%**). Aproximadamente el 50% de estos pacientes **presentaban síntomas respiratorios continuos**. Es decir, otra publicación que constata la baja sensibilidad de estos test en un entorno real y esta vez, para pacientes sintomáticos.

En otro estudio concluyeron: "En nuestra cohorte de estudio, se **observaron resultados falsos negativos** solo con valores elevados de TC, lo que significa cargas virales bajas en muestras nasofaríngeas. Esto puede ocurrir muy temprano en la infección (etapa presintomática) antes de los picos de replicación viral, o en una etapa tardía de la infección cuando la replicación ha disminuido". Si consideramos que a mayor carga viral, mayor desarrollo de síntomas, estos resultados nos muestran que no vale para los famosos asintomáticos debido a los falsos negativos.

En otro estudio dicen lo siguiente: "Es importante tener en cuenta que las RAT (Rapid Antigen Tests) **pueden pasar por alto a los individuos que transmiten niveles bajos de virus infecciosos**". Es decir, no sirven para niveles bajos y por tanto, da lugar a falsos negativos.

En otro estudio concluyeron: "Este estudio demostró que la prueba RAD (Rapid Antigen Detection) sirve solo como complemento de la prueba RT-PCR **debido a la posibilidad de resultados falsos negativos**". Es decir que como único método de diagnóstico no se puede usar por los falsos negativos.

En otro estudio, llegaron a la siguiente conclusión:" **Nuestra revisión muestra que las pruebas de antígenos no parecen funcionar tan bien en poblaciones asintomáticas en comparación con poblaciones sintomáticas para detectar infecciones**". "**Es probable que una política de pruebas en serie identifique al menos algunos contactos asintomáticos infectados, pero tiene el costo de un mayor número de falsos positivos, especialmente en entornos de baja prevalencia**". Es decir, en este caso, además de hablar de falsos negativos también se habla de falsos positivos, lo cual, implicaría que personas sanas fueran erróneamente diagnosticadas como infectadas.

En otro estudio concluyen: “**Dada la baja sensibilidad del 64.0 al 69.8%** de las pruebas de antígeno, recomendamos que los resultados negativos clínicamente relevantes se sometan a pruebas adicionales de Ag para confirmar o excluir un diagnóstico de Covid-19”, lo cual está muy por debajo de lo que acepta como válido el Comité de Seguridad Sanitaria de la Unión Europea y además constata la existencia de falsos negativos.

En otro estudio concluyeron: “En el entorno hospitalario en el que los resultados falsos negativos o falsos positivos pueden tener implicaciones relevantes, la NAAT confirmatoria siempre sigue siendo necesaria para el tratamiento adecuado de los pacientes”. Es decir, constata que **la técnica de detección de antígenos no se puede utilizar como único método de diagnóstico debido a la existencia tanto de falsos positivos como de falsos negativos**.

En otro estudio concluyen: “**Nuestro estudio muestra que la mayoría de SARS-CoV-2 Ag RDT identifican correctamente cargas virales elevadas** de Cq ≤ 25 (> 106 copias de ARN del virus / mL) en muestras del tracto respiratorio con una sensibilidad> 75%, lo que respalda su uso en la **fase sintomática temprana**. Sin embargo, aunque la sensibilidad se redujo con Cq> 25, hubo pocos SARS-CoV-2 Ag RDT (4/122; 3.3%) con mayor sensibilidad: 97.5% para Cq <30 o hasta 86% para el rango completo de Cq (Cq 17-36). Es decir, que cuando la carga viral es alta y en la fase sintomática y temprana, puede ser adecuado, pero puede no serlo en los demás casos, por ejemplo, con los supuestos asintomáticos, que podrían constituir falsos negativos favoreciendo por tanto, la propagación del supuesto virus.

En otro estudio concluyen: “Las sensibilidades de ambas pruebas rápidas de antígenos en contactos cercanos asintomáticos y presintomáticos evaluados el día 5 en adelante después de un contacto cercano con un caso índice fueron más del **60%**”, lo cual está muy por debajo de lo que acepta como válido el Comité de Seguridad Sanitaria de la Unión Europea. También constata que no valen ni para presuntos asintomáticos, ni para presuntos presintomáticos, ni después del quinto día.

En otro estudio concluyen: “**El rango de sensibilidad** de la mayoría de los AgPOCT se superpone con las cargas virales del SARS-CoV-2 que **se observan típicamente en la primera semana de síntomas**, que marca el período infeccioso en la mayoría de los pacientes. Los AgPOCT con límites de detección que se aproximan a las concentraciones de virus a las que los pacientes son infecciosos podrían permitir atajos en la toma de decisiones en diversas áreas de la atención médica y la salud pública”. Es decir, para pacientes sintomáticos, no para pacientes sin síntomas.

En otro estudio concluyen: “El rendimiento de las pruebas de antígenos actuales en poblaciones pediátricas en condiciones de la vida real varía ampliamente. Solo se identificaron datos relevantes para aproximadamente el 1% de las pruebas de antígenos con acceso al mercado en Europa. Los resultados deben interpretarse con cautela ya que el riesgo de sesgo en los estudios se consideró predominantemente como incierto debido al informe deficiente. Además, los casos de uso pediátrico más comunes (por ejemplo, la autoevaluación en las

escuelas o los niños pequeños a los que sus padres les hacen la prueba antes de ir al jardín de infantes) aún no se han abordado en los estudios de desempeño clínico. Los formuladores de políticas deben analizar si la **baja sensibilidad de diagnóstico observada** puede afectar el propósito planificado de las pruebas de antígenos y se les anima a exigir la evaluación de las pruebas en el entorno previsto antes de la implementación amplia de los programas de pruebas". Es decir, destaca la baja sensibilidad.

En otro estudio concluyen: "La interpretación de los resultados de Rapid Ag-T debe realizarse con precaución para **minimizar el riesgo asociado con los resultados falsos negativos**", es decir reconocen la existencia de falsos negativos.

En otro estudio dicen: "La sensibilidad fue > 95% en niños sintomáticos. **El ensayo tuvo un desempeño deficiente en niños infectados asintomáticamente**". Es decir, otra publicación que afirma claramente que la prueba no es válida para supuestos pacientes asintomáticos, lo cual, si es que existe la figura del asintomático, implicaría muchos falsos negativos.

En otro estudio dicen: "Los ensayos rápidos de antígenos probados **tienen una sensibilidad sustancialmente menor que el estándar recomendado por la OMS, especialmente para casos asintomáticos**. La baja sensibilidad de estos ensayos de análisis de antígenos se debe principalmente a la baja capacidad de detección de muestras con baja carga viral (<100 000 copias de ARN / ml o C t <30). Por lo tanto, es preocupante si la detección del antígeno por sí sola es suficiente para el diagnóstico temprano y / o el cribado masivo de Covid-19 en la lucha contra la pandemia.

En otro estudio concluyen: "Las pruebas de antígenos varían en sensibilidad. En las personas con signos y síntomas de Covid-19, las sensibilidades son más altas en la primera semana de la enfermedad cuando las cargas virales son más altas. **Debido a la sensibilidad variable de las pruebas de antígenos, las personas que dan negativo en la prueba aún pueden estar infectadas**. **La evidencia de las pruebas en cohortes asintomáticas fue limitada**. **Los estudios de precisión de las pruebas no pueden evaluar adecuadamente la capacidad de las pruebas de antígenos para diferenciar a los que son infecciosos y requieren aislamiento de los que no presentan riesgo**, ya que no existe un estándar de referencia para la infecciosidad". Es decir, reconocen la existencia de los falsos negativos y constatan que utilizar estos test como herramienta de diagnóstico y de discriminación entre personas, no es una buena idea.

De lo expuesto anteriormente, podemos sacar varias conclusiones científicas de interés:

1) Dan lugar tanto a falsos positivos como a falsos negativos, fundamentalmente falsos negativos, tanto en supuestos asintomáticos como en sintomáticos. Eso quiere decir, que permiten que personas supuestamente infectadas sigan propagando el supuesto virus sin ningún control y que personas sanas puedan ver limitadas sus libertades sin

justificación legal ni científica. No valen para supuestos infectados asintomáticos y si aceptáramos como verdadera la premisa incluida dentro del discurso oficial de que un alto porcentaje de los supuestos enfermos son asintomáticos; entonces con estos test como método de diagnóstico, la propagación de la supuesta enfermedad sería exponencial.

2) Los datos de calidad-precisión (sensibilidad y especificidad) que manejan los organismos reguladores para algunos test, pueden no ser correctos y en ambos casos, ser inferiores. Eso quiere decir que aquellos que en teoría cumplirían con las especificaciones por ejemplo, de la OMS o del Consejo de Europa y que los convertirían en válidos según dichas instituciones para el diagnóstico; realmente darían lugar a un mayor número de falsos negativos, que según el entorno en el que se usen podrían llegar a ser ingentes, como sucedería al emplearlos en hospitales o centros de atención primaria.

3) En todos los casos, sus resultados se comparan con los que se obtienen para las mismas muestras, con la técnica RT-PCR o RT-qPCR, mayoritariamente con la primera. Es decir, consideran que la RT-PCR valida la detección de antígenos, como si fuera su estándar de referencia. Esto constituye un gravísimo error desde el punto de vista científico. Nunca una técnica analítica puede ser gold estándar de sí misma y mucho menos, dicha técnica, podría servir de referencia para otra sin antes haber sido contrastada con su gold estándar. Como he mencionado anteriormente, el único gold estándar válido para la PCR y por tanto para la RT-PCR, es el virus aislado de tejido vivo como una estructura única completa y esto no se ha probado científicamente que exista. Un constructo informático no es un virus aislado. Además, como se ha constatado científica y judicialmente, la PCR y por tanto la RT-PCR, presentan un altísimo porcentaje de error en el diagnóstico. Obviamente, según esto, los resultados de los test carecen de rigor científico y por tanto, no deberían ser aceptados como válidos.

Los "famosos" nuevos kits de prueba de antígeno "Ómicron", no son válidos para detectar y diferenciar la supuesta variante. La FDA admitió recientemente que ***las nuevas pruebas rápidas de antígeno Covid-19 no detectan adecuadamente una secuencia denominada "Ómicron"***. A pesar de este ciclo constante de fraude científico, las autoridades continúan informando cada vez de más casos de la supuesta "Ómicron".

A medida que las autoridades de salud pública y los canales de medios corporativos comienzan a reconocer varias cepas de coronavirus, existe un incentivo creciente para que la industria médica se beneficie de cepas específicas. Cepas seleccionadas, supuestamente, se secuencian genéticamente y se publicitan para crear nuevos protocolos de prueba y programas de "vacunas" altamente rentables (que son un completo y absoluto fracaso).

Los Institutos Nacionales de Salud han estado trabajando en la rápida aceleración de los diagnósticos de varias cepas de coronavirus. Sus hallazgos más recientes sugieren que ***los pacientes supuestamente enfermos pueden fácilmente dar negativo con la prueba del antígeno Ómicron***. La FDA informó sobre los

hallazgos de los NIH, indicando que "***los primeros datos sugieren que las pruebas de antígenos detectan la variante Ómicron, pero pueden tener una sensibilidad reducida***".

Según dicen, la existencia de supuestas numerosas mutaciones en la supuesta variante Ómicron del virus, ha llevado a una mayor posibilidad de evadir la defensa contra Covid que, teóricamente, se logró mediante "vacunas" y tratamientos como algunos anticuerpos monoclonales. La FDA ha descubierto que la presencia de supuestas mutaciones en el virus, puede reducir la eficacia de la prueba según la secuencia variante, el diseño de la prueba y la amplitud de la variante entre la población.

Los últimos datos de los NIH llegaron apenas unas semanas después de que un estudio independiente de los NIH sobre muestras de Ómicron inactivadas por calor mostraran que las pruebas de antígenos podían percibir la variante de Ómicron "con un rendimiento similar" a otras cepas del virus.

Sin embargo, el hecho es que no estamos legalmente autorizados a saber qué supuesta variante nos da Covid-19. No existe ninguna prueba para ninguna variante de Covid, y ningún laboratorio en ningún lugar tiene previsto fabricar una. Es un fraude de variante de Covid-19.

Hay tantas supuestas mutaciones del coronavirus que la prueba no puede distinguir ***adecuadamente secuencias específicas***. Esta es la razón por la que el diseño de una "vacuna" específica de cepa para los coronavirus siempre falla (Pecado Original Antigénico, del que hablaremos más adelante), ya sea para el SARS-CoV-1, MERS o SARS-CoV-2. Es por eso que las autoridades deberían descartar todos los diagnósticos para la Covid-19 y sus variantes y, en cambio, recomendar que las personas enfermas sean tratadas con diferentes medicamentos efectivos que ya existen (también hablaremos de ellos más adelante) y que las personas sanas, usen otros efectivos para la prevención, que también existen. Ninguno de los diagnósticos importa de todos modos, porque todas las variantes se denominan "Covid-19" al final y diagnosticar esta supuesta enfermedad es absolutamente imposible, puesto que como hemos demostrado, los métodos de diagnóstico que se utilizan, no son válidos para tal efecto y además, la supuesta enfermedad, cursa con más de 200 síntomas diferentes (lo veremos más adelante), lo cual, hace que casi cualquier cosa pueda ser el causante.

Es importante señalar también que desde noviembre de 2021, dos centros de envenenamiento han recibido un aumento en los informes de exposición accidental a la azida de sodio, ***una sustancia química con el*** potencial ***de reducir la presión arterial o causar convulsiones***.

Health Canada informa que ***los kits de prueba no están debidamente etiquetados para indicar que el contenido puede contener sustancias químicas que pueden*** causar ***efectos no deseados si se ingiere o se derrama accidentalmente***.

El Cincinnati Drug and Poison Information Center tambien informó recientemente un ***aumento en la* exposición *accidental a una sustancia en un kit de prueba de antígeno en el hogar para Covid-19 que tiene el potencial de reducir la presión arterial y causar convulsiones. El* reactivo *en cuestión es la azida de sodio***.

La azida de sodio se utiliza como agente conservante en los kits de antígenos rápidos vendidos para uso doméstico por varias empresas, incluidas BD Veritor, BinaxNow, Celltrion DiaTrust y Flowflex. Según los CDC, ***la sustancia química actúa rápidamente y es potencialmente*** mortal. En su forma pura, es un sólido blanco inodoro.

El químico se usa en las bolsas de aire de los automóviles, ya que se convierte en gas nitrógeno dentro de la bolsa de aire cuando una carga eléctrica durante el impacto hace que explote. También se utiliza como conservante químico en laboratorios y hospitales, para el control de plagas en granjas y como detonador de explosivos. ***Si*** ingiere ***este químico, la gravedad del envenenamiento depende de la cantidad de químico en la exposición y el tiempo que la persona estuvo expuesta***.

Algunos de los signos y síntomas inmediatos incluyen: tos, mareos, náuseas y vómitos, respiración y ritmo cardíaco acelerados, inquietud y quemaduras en la piel. ***La exposición puede*** provocar ***lesiones pulmonares, convulsiones y presión arterial baja***. Aquellos que han sobrevivido a grandes dosis ***pueden sufrir daños en el corazón y el cerebro***.

La exposición ***a la azida de sodio puede ser dañina para niños y adultos***. ***Las*** llamadas ***más comunes al Centro de Envenenamiento de Cincinnati han sido sobre niños que encuentran el líquido reactivo y exponen su piel o se lo llevan a la boca***. En otros casos, los adultos informaron “confusión de envase”, en la que el vial de reactivo se confundió con otro medicamento.

Algunos hospitales también informaron haber recibido llamadas telefónicas sobre la exposición, incluido el Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati. El farmacéutico y toxicólogo clínico del Cincinnati Children's Hospital informó que la primera llamada telefónica llegó a principios de noviembre de parte de niños y adultos.

El Centro Nacional de Control de Intoxicaciones también emitió ***una advertencia sobre la azida de sodio que se encuentra en los kits de prueba de antígeno Covid-19 en el hogar***. Están recibiendo informes sobre exposición accidental en niños y adultos, publicando varios informes de casos en su página de avisos. Una pareja de adultos malinterpretó las instrucciones y usó la solución de extracción directamente en la nariz con el hisopo.

En un segundo caso, una mujer confundió el vial con su colirio antibiótico y en un tercer caso, un adulto estuvo expuesto a una pequeña cantidad del líquido en su mano después de usar la prueba rápida de antígenos en casa. Solo esa pequeña

cantidad hizo que el pulgar le hormigueara, se sonrojara y se hinchara levemente. Un asesor de Health Canada habló con The Epoch Times y dijo:

"Pequeñas dosis de azida de sodio pueden disminuir la presión arterial y dosis más grandes pueden causar efectos más graves en la salud. ProClin también se encuentra en muchos kits. Contiene sustancias químicas que pueden causar irritación en la piel y los ojos, así como reacciones alérgicas".

El conservante ProClin es una sustancia química soluble en agua que se utiliza para prolongar la vida útil de los dispositivos de diagnóstico in vitro mediante la inhibición del crecimiento microbiano. El Centro de control de envenenamiento de Canadá ha registrado al menos 50 llamadas telefónicas debido a la exposición accidental de los kits de prueba rápida, incluidos los conservantes ProClin y la azida de sodio. El 24 de febrero de 2022, publicaron un aviso de advertencia:

"… es posible que la etiqueta y las instrucciones del producto no describan ni divulguen los riesgos asociados con el mal uso o la ingestión accidental. Este aviso tiene como objetivo ayudar a llenar ese vacío en el etiquetado y advertir a los canadienses sobre los riesgos asociados con el uso indebido, la ingestión accidental o el derrame de soluciones de kits de prueba rápida de antígenos".

Como mencioné anteriormente, los kits de prueba que se distribuyen en Canadá no están etiquetados para indicar que el contenido puede contener sustancias químicas que pueden causar efectos no deseados si se ingiere o se derrama accidentalmente.

Test de saliva

La saliva secretada por las glándulas salivales contiene agua, electrolitos, moco y proteínas digestivas y protectoras. Pero toda la saliva recolectada de la boca es una mezcla de secreciones glandulares, líquido crevicular gingival, suero, líquido y mucosidad de la superficie de las vías respiratorias expectoradas, células epiteliales e inmunitarias de la mucosa oral y las vías respiratorias superiores, y microbios y virus orales. A pesar de sus orígenes heterogéneos, este fluido mixto se usa ampliamente y con éxito como herramienta de diagnóstico para identificar diversas afecciones orales y sistémicas. Estos incluyen infecciones virales como el dengue, el virus del Nilo Occidental, el chikungunya, el ébola, el zika y la fiebre amarilla, y también los coronavirus de reciente aparición responsables del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS).

Los test de antígenos de saliva tienen los mismos requisitos ***que los nasales para comercializarse***. Necesitan acreditar una especificidad mínima del 97% y una sensibilidad mayor del 90%. Teóricamente, ***cuanto*** mayor ***es la sensibilidad de una prueba***, menor ***es la probabilidad de que arroje falsos negativos. Y cuanto*** mayor ***es la especificidad***, menos ***opciones hay de que se produzcan falsos positivos***.

En el caso de un resultado negativo, puede que sea correcto, aunque ***hay una*** mayor ***probabilidad de error***. Este margen es el mismo en los test de saliva y en los test nasales contra el coronavirus.

A diferencia de los test nasales, los antígenos de saliva son más cómodos para el usuario porque no usan el doloroso palito. Para realizarlos correctamente hay que toser profundamente de tres a cinco veces y escupir ligeramente en el tubo. A continuación se añade el líquido reactivo, se mezcla bien y se echan dos o tres gotas sobre el medidor de resultados.

Para que el test sea fiable y correcto debe marcarse la línea correspondiente a la letra C. Una vez que esta línea se marque, si la T se queda en blanco el resultado es negativo. Si en la T también aparece una línea, el resultado es positivo.

Según Pierangelo Clerici, presidente de la Asociación Italiana de Microbiólogos Clínicos y de la Federación Italiana de Sociedades Científicas de Laboratorio, ***los test rápidos de saliva*** no son recomendables, ***ya que no llega a los niveles mínimos aceptables de sensibilidad (la capacidad de detectar el positivo) y de especificidad (la capacidad para detectar un negativo)***. Por eso supuestamente, quedaron excluidos de la lista europea de pruebas válidas para obtener el famoso pasaporte Covid.

"La calidad de la muestra de saliva está sujeta a muchas variables, por ejemplo el tiempo transcurrido desde la comida o bebida y la forma en que se ha tomado la muestra", subraya Clerici, quien también afirmó que "en general, ***las pruebas de este tipo ofrecen menos garantías que las que analizan una muestra de nariz orofaríngea***"

Podemos encontrar varias publicaciones (1) (2) (3) (4) que dicen que los test de antígenos de saliva, no son la mejor opción. La AEMPS indica que ***en saliva la carga viral es menor que en secreciones nasofaríngeas, por lo que en caso de baja carga viral (bajo número de virus en la muestra), la sensibilidad del test de saliva es menor***. "***Al haber menos carga viral, la sensibilidad del test es menor que si se toma muestra nasal u orofaringea, siendo los resultados en este último tipo de muestras más fiables***", subraya la entidad.

De forma general, ***los test de saliva parecen presentar una*** menor ***sensibilidad comparado con el uso de hisopado nasofaríngeo***. En un estudio publicado en la Infectious Diseases Society of America se evidencia una sensibilidad menor en la detección del virus usando como muestra la saliva. Concretamente, los hisopos nasofaríngeos fueron un 17% más sensibles que la saliva en número de positivos detectables. Además, se vio una mayor diferencia de sensibilidad entre ambos métodos de recolección de la muestra. Especialmente, si el individuo enfermaba más tarde, de forma que la diferencia de sensibilidad fue de un 6% en muestras recogidas durante los primeros días de la enfermedad y del 20% en muestras recogidas a partir de la segunda semana de la enfermedad.

Por tanto, hasta el momento, ***no hay suficientes evidencias para considerar a la saliva como*** alternativa ***válida al hisopado nasofaríngeo para la detección del virus***.

Por otro lado, Dña. María del Mar Tomás, médico microbióloga del Hospital A Coruña, investigadora del INIBIC y portavoz de la SEIMC sostiene que ***los test de antígenos en saliva "son menos eficaces y presentan una menor sensibilidad"***. De hecho, remarca que "***hay estudios que establecen una sensibilidad en torno al 11%***, aunque podría ser algo mayor si se realiza de forma repetida". Obviamente, con esos datos de sensibilidad, tendrá un alto porcentaje de falsos negativos, al igual el test de antígenos nasales. De igual forma, también se producen los falsos positivos. Profundizando un poco más, nos encontramos con este estudio, que no solo confirma una muy baja sensibilidad, además, constata algo que ya hemos visto para los test de antígenos normales: que dicha sensibilidad es muy inferior a la que el fabricante dice que tiene, lo cual, es grave.

Es por ello que, para un autodiagnóstico basado en la detección de antígenos del virus, la Dra. Tomás ve "más adecuado ***la muestra nasal (con palito)***".

Sobre cuáles son los principales fallos que se están dando con los test de saliva, esta doctora insiste en que "es la tecnología aplicada en la detección del coronavirus en la muestra clínica lo que determina su eficacia", por lo que ***si utilizamos test de antígenos en saliva, "la probabilidad de error es*** mayor ***que si se lleva a cabo técnicas de PCR***".

"Utilizando técnicas de RT-PCR, la saliva es una muestra excelente para detectar pacientes infectados en el comienzo de la infección. Sin embargo, ***su fiabilidad es menor en la detección de antígenos del virus***", subraya.

A este respecto, si bien hay un estudio publicado en The New England Journal of Medicine en el que encontraron resultados que hacen pensar que la muestra de saliva presenta una sensibilidad comparable o incluso mejor que la PCR normal, y otras publicaciones llegan a la misma conclusión (1) (2) (3) (4) (5) (en esta última encontraron que la sensibilidad de las pruebas de saliva está relacionada tanto con el momento de la recolección de la muestra en relación con el inicio de los síntomas como con la etapa de la enfermedad); también hay otros artículos que dicen lo contrario (1) (2) (3) (4) (5), en estos casos la carga viral presente en comparación con la vía tradicional es importante, puesto que menor carga viral implica menor sensibilidad.

En esta línea va un estudio con 495 personas asintomáticas que detectó 13 positivos mediante la saliva y solo 7 con la PCR, aunque posteriormente los 13 fueron positivos confirmados mediante la PCR; lo cual, demuestra ***los falsos positivos que también se obtienen con esta técnica***. En esta publicación, también se deja claro que ***la técnica presenta problemas de sensibilidad y especificidad, lo cual, se traduce en falsos negativos y falsos positivos***.

Algunos expertos también discrepan respecto a la sociedad PCR-saliva. La Sociedad Chilena de Infectología (Sochinf) cuestionó la implementación del examen. En el documento, la Sochinf reveló sus dudas sobre los estudios publicados, ya que "corresponden en su mayoría a reporte de casos con un número limitado de muestras; y por ahora no permiten generalizar los resultados que justifiquen recomendar y promover la recolección de este de tipo de muestras para el diagnóstico de Covid-19".

A este respecto, el Dr. Ignacio Silva, infectólogo y académico de la Escuela de Medicina de la Universidad de Santiago, coincide con la Sochinf, y afirma que "si bien han salido estudios que validan las pruebas a través de la saliva, tienen pocos pacientes". De igual forma opina el Dr. Rodrigo Cruz, Director del Centro de Investigación y Enfermedades Infecciosas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso: "Los estudios son aún insuficientes, principalmente vinculados a 'series de casos' por lo tanto sacar una conclusión sobre la utilidad de estos tests no es correcta, faltan más estudios con un mayor número de pacientes para saber si hay equivalencia", sostiene. "Si bien demuestran que el test podría ser útil, son acotados y preliminares, con un número de pacientes muy pequeño. Debe ser realizado con aplicación en la población general y estandarizados de la misma forma que el examen actual".

Por qué, en base a los test, no se pueden justificar las medidas socioeconómicas y de restricciones de derechos fundamentales que los distintos gobiernos a nivel mundial, nos han impuesto

- La Covid-19, no es una enfermedad nueva sino un síndrome clínico conocido y perfectamente caracterizado. Hay muchas similitudes con el SIDA, "eso signica que no se puede determinar la causa precisa de su patogenia. Solo que en el caso actual la diversidad sintomática de los presuntos infectados es tan impresionante (va desde asintomáticos hasta casos mortales o persistentes con secuelas de autoinmunidad) que es imposible que pueda ocasionarlos un solo agente y, menos aún, un virus. No entiendo pues cómo los virólogos y los médicos lo aceptan. En un sentido nosológico ni es una enfermedad ni la produce un coronavirus. Ni siquiera el hecho de que pueda estar desencadenada por un proceso infeccioso asociado a un coronavirus, a otros virus o incluso a hongos y bacterias (como se está comprobando actualmente a nivel clínica) implica que haya relación causal. El proceso inflamatorio que puede iniciar la información transmitida por lo que llamamos 'virus' o la disbiosis que supone una infección fúngica o bacteriana dan lugar en el organismo a una reacción inflamatoria que tiene la función de recuperar el mejor equilibrio fisiológico posible en las condiciones actuales. El hecho de que la inflamación se descontrole y sea muy agresiva (incluso mortal) supone que el organismo no ha sido capaz de recuperar el equilibrio debido a las malas condiciones previas en que se encontraba o a la toxicidad del estresor".

- Ninguna enfermedad o síndrome se puede diagnosticar por pruebas complementarias. Desde la más elemental praxis y ética médica, cualquier diagnóstico tiene que estar fundamentado en datos clínicos

recogidos de la exploración del paciente, más las pruebas complementarias necesarias y suficientes.

- Dichas pruebas diagnósticas patognomónicas para Covid-19 son las siguientes: a) Enfermedad aguda febril de más de una semana de evolución. b) Neumonía intersticial, generalmente bilateral (comprobada por Rx). c) Hipoxia con hipoxemia y baja saturación de oxígeno. d) Recuento de leucocitos normal o bajo y de linfocitos bajo. e) Analítica característica con al menos estos tres marcadores: elevación muy importante de la proteína C reactiva, elevación del dímero D (hipercoagulabilidad) o elevación de la ferritina.

- Los test diagnósticos: RT-PCR, test de antígeno (Ag) o test de anticuerpos (Ac) son SIEMPRE COMPLEMENTARIOS, es decir sirven para corroborar un diagnóstico clínico, nunca para sustituirlo (y esto es de la más elemental praxis médica). Una prueba RT-PCR positiva no se pude considerar probatoria de contagio alguno, ya que la PCR es una técnica que en ningún momento sirve para diagnosticar una enfermedad.

- Si los positivos por PCR tienen algún poder predictivo sobre el número de muertes esperadas (lo único realmente preocupante en una epidemia) debería haber alguna correlación, es decir, cuantos más positivos por PCR para el SARS-CoV-2 un día determinado, más muertes por Covid-19 en un futuro próximo (presumiblemente entre 2 y 4 semanas después, que es la evolución clínica conocida de la enfermedad de curso grave).

  Sin embargo, en el documento titulado "Positivos por PCR, ¿qué significa?", del 23 de septiembre de 2020 elaborado por el Departamento de Física y Tecnología de The Artic University of Norway, se demuestra que los positivos por PCR no se correlacionan con el exceso de muertes en el futuro inmediato. En última instancia esto significa que los positivos por PCR no se pueden utilizar para saber si la pandemia está avanzando pues para eso, las muertes deben aumentar o mantenerse elevadas.

- Aún suponiendo que fueran fiables, un verdadero positivo en la PCR no significa una persona infecciosa ni capaz de contagiar, ya que la PCR solamente detectaría pequeños fragmentos del genoma vírico (de menos de 200 nucleótidos cuando el virus supuestamente tiene en torno a 30 000, concretamente la cepa de Wuhan supuestamente tenía 29 903 nucleótidos). Un positivo en RT-PCR jamás puede ser considerado como un contagio o caso de enfermedad, ya que esta prueba además de inespecífica, no detecta partículas virales viables, sino fragmentos de ARN en este caso.

  La única forma de saber si un resultado PCR positivo corresponde a un virus infeccioso, es mediante cultivo vírico en células especiales, para ello el espécimen obtenido del paciente PCR positivo debe inocularse, en el laboratorio especializado, al cultivo celular y observar

citopatogenicidad en el mismo, es decir, muerte celular. Si esta citopatogenicidad no se observa, es debido a que el virus no es infeccioso. Si no se realiza cultivo celular del paciente, no se puede afirmar que esté infectado con el virus SARS-CoV-2. Para considerar que una PCR es positiva se debe demostrar su crecimiento directo en células del aparato respiratorio humano.

- La variación en el número de ciclos utilizado para las pruebas RT-PCR en distintos laboratorio es igualmente inaceptable debido a la fácil manipulación de este parámetro que se puede realizar a conveniencia de las autoridades, más ciclos de amplificación más positivos. No se deben aceptar pruebas RT-PCR con más de 22 ciclos, confirmado también por la propia OMS.

- Durante esta pandemia se está utilizando al libre albedrío y de una forma intencionada el nº de test que se realizan, de manera que se han generado las sucesivas olas cuando la realidad de los datos dice que no han existido tales olas.

Como ya ha quedado demostrado, los test no son fiables y como veremos más adelante, ***no hay evidencia científica de que el supuesto virus haya sido aislado, purificado y secuenciado, por lo tanto, el cultivo vírico complementario, sencillamente no es posible, con lo cual, valorar la infectividad real, es también imposible***. Consecuentemente, ***basar todas las medidas restrictivas de derechos y socioeconómicas en estos test, carece de justificación científica y las convierte en erróneas además de en tremendamente injustas, no conformes a derecho y peligrosas***.

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) anunció la retirada del mercado de unos **2.2 millones de kits de prueba de Covid-19** después de descubrir que los kits **producían una tasa "más alta de lo aceptable" de "resultados de pruebas falsos positivos"**.

La agencia federal agregó que la retirada del mercado de los más de 2 millones de kits se clasifica como "el tipo más grave", conocido como "retirada de Clase I", y agregó que "**el uso de estas pruebas puede causar graves consecuencias adversas para la salud o la muerte**".

Citando un informe de la FDA, The Federalist señaló que "**un falso positivo podría resultar en un diagnóstico o tratamiento retrasado para la enfermedad real de una persona, tratamientos Covid-19 innecesarios que pueden tener efectos secundarios nefastos o un aislamiento innecesario**". A las personas que dan positivo en la prueba de Covid-19, se les quiere negar el acceso a lugares públicos o se les quiere prohibir ir a trabajar en muchos casos.

En la primavera de 2006, el personal del Centro Médico Dartmouth-Hitchcock en New Hampshire comenzó a mostrar síntomas de infección respiratoria con fiebre alta y tos ininterrumpida que los dejó sin aliento y duró semanas.

Utilizando las últimas técnicas de PCR, los laboratorios de Dartmouth-Hitchcock encontraron 142 casos de pertusis o tos ferina, que causa neumonía en adultos vulnerables y puede ser mortal para los bebés.

Los procedimientos médicos fueron cancelados, las camas de hospital fueron puestas fuera de servicio. Casi 1000 trabajadores de la salud fueron suspendidos, 1445 fueron tratados con antibióticos y 4524 fueron "vacunados" contra la tos ferina.

Ocho meses después, cuando el departamento de salud estatal completó las pruebas de cultivo estándar, no se pudo confirmar ni un solo caso de tos ferina. ¡Parece que Dartmouth-Hitchcock había sufrido un brote de enfermedades respiratorias comunes **no más graves que el resfriado común!**

El siguiente enero, el New York Times publicó la historia bajo el titular: "**La fe en las pruebas rápidas conduce a una epidemia que no fue**". "Las pseudoepidemias ocurren todo el tiempo", dijo la Dra. Trish Perl, ex presidenta de la Sociedad de Epidemiólogos de América. "Es un problema; sabemos que es un problema. Supongo que lo que sucedió en Dartmouth se volverá más común".

"Las pruebas de PCR son rápidas y extremadamente sensibles, pero su misma sensibilidad hace que los falsos positivos sean probables", informó el New York Times, "y cuando cientos o miles de personas se someten a pruebas, como ocurrió en Dartmouth, los falsos positivos pueden hacer que parezca que hay un epidemia".

"Decir que el episodio fue perturbador fue quedarse corto", dijo la Dra. Elizabeth Talbot, epidemióloga adjunta del Departamento de Salud de New Hampshire, "En ese momento tuve la sensación de que esto nos dio una sombra de lo que podría ser como durante una epidemia de gripe pandémica".

La Dra. Cathy A. Petti, especialista en enfermedades infecciosas de la Universidad de Utah, dijo que la historia tenía una lección clara. "El gran mensaje es que ***todos los laboratorios son vulnerables a tener falsos positivos. Ningún resultado de prueba es absoluto y eso es aún más importante con un resultado de prueba basado en PCR"***.

Aspectos judiciales y sentencias en las que se habla de los PCR

Conviene aclarar que **los test PCR (extensivo para el test de antígenos o el de anticuerpos), no son** obligatorios, así se ha especificado en una sentencia del Tribunal Supremo, de la que sacamos algunas conclusiones importantes:

- Habrá que tener en cuenta la normativa estatal vigente en cada momento.
- **El empleador no puede obligar a los trabajadores a realizarse pruebas PCR sin que haya una norma estatal vigente que lo establezca expresamente**.

- **Si no hay normativa que imponga la obligación de realizar las pruebas PCR, será necesaria la prescripción médica individualizada**.

Representar algo como algo que no es, es un engaño. Hacerlo con fines de lucro es un fraude. Hacerlo ganándose primero la confianza de las víctimas es un truco de confianza o una estafa.

En Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, el fraude está cubierto por la Ley de Fraude de 2006 y se divide en tres clases: "Fraude por representación falsa", "fraude por no revelar información" y "fraude por abuso de posición".

Una representación es falsa si la persona que la hace sabe que puede ser falsa o engañosa. Si lo hacen por diversión, es un truco o una broma. Si lo hacen para obtener una ganancia o exponer a otros a un riesgo de pérdida, es "fraude por representación falsa".

Si alguien tiene el deber de revelar información y no lo hace, podría ser negligencia o simple incompetencia. Si lo hacen para obtener una ganancia o exponer a otros a un riesgo de pérdida, es "fraude al no revelar información".

Si ocupan una posición en la que se espera que no actúen en contra de los intereses de los demás, y lo hacen para obtener una ganancia o exponer a otros a un riesgo de pérdida, es "fraude por abuso de posición".

En el caso de Dartmouth Hitchcock, no hay duda de que el uso de la PCR para identificar una infección respiratoria común como la tos ferina fue una "representación falsa". En el caso de la gripe porcina, las cosas no están tan claras. En 2009, ya había muchas advertencias de Dartmouth Hitchcock y muchos otros incidentes similares de que el uso de PCR para detectar la huella genética de una bacteria o virus puede ser engañoso. Peor aún, ***el potencial de la PCR para magnificar las cosas fuera de toda proporción crea*** oportunidades ***para todos aquellos que se beneficiarían al hacer montañas de montículos de arena y pandemias globales a partir de epidemias estacionales relativamente ordinarias***.

El periodista, abogado, miembro del parlamento o miembro del público promedio puede ser perdonado por no conocer los peligros de la PCR, pero los expertos en salud pública no tienen excusa.

Se puede argumentar que su trabajo es proteger al público pecando de cauteloso. También se puede argumentar que las enormes cantidades de dinero gastadas por las corporaciones farmacéuticas globales en marketing, relaciones públicas y cabildeo crean enormes conflictos de intereses, aumentando el potencial de supresión de información y abuso de posición en todas las profesiones, desde la política y el periodismo hasta la educación y salud pública.

La defensa es la divulgación completa de toda la información, particularmente sobre el potencial del PCR para identificar al culpable equivocado en una infección

y sacarlo de toda proporción. El hecho de que esto nunca se haya hecho es sospechoso.

Como mencioné anteriormente, también a nivel judicial se ha constatado que los PCR no sirven para diagnosticar. Quedó recogido en una sentencia judicial del Tribunal de Apelaciones en Portugal (que confirma otra sentencia previa en un tribunal ordinario), en la que se especifica que ***de los casos diagnosticados, solo se aceptan como reales un** 0.9 %*, de tal forma, que de 17 000 diagnosticados con un PCR, solo se aceptan 152; dice textualmente:

*"**Sobre la base de la evidencia científica actualmente disponible, esta prueba [la prueba de RT-PCR] no es en sí misma capaz de determinar con certeza si la positividad corresponde realmente a una infección con el virus SARS-CoV-2, y por varias razones, dos de las cuales son fundamentales: la confiabilidad de la prueba depende del número de ciclos utilizados; la fiabilidad de la prueba depende de la carga viral presente**"*

"Dadas las dudas científicas expresadas por los expertos, es decir, los que intervienen, sobre la fiabilidad de las pruebas de PCR, la falta de información sobre los parámetros analíticos de las pruebas y la falta de un diagnóstico médico sobre la presencia de una infección o una infección riesgo comprobado, este tribunal nunca puede determinar si C era realmente un portador del virus SARS-CoV-2 o si A, B y D estaban expuestos a un alto riesgo"

Aceptando, por tanto, la publicación de Rita Jaafar presentada como prueba, en la que se demuestra que para una persona diagnosticada con ***un test PCR con un umbral de ciclos de 35 o más, como se está haciendo en la mayoría de laboratorios; el diagnóstico presentará un error del 97%***. Acepta también otra publicación de Elena Surkova, en la que se establece que ***cada prueba de diagnóstico debe interpretarse en el contexto de la probabilidad real de enfermedad, evaluada antes de realizar la prueba en sí; la evaluación de la probabilidad previa a la prueba incluye síntomas, historial médico previo de Covid-19 o presencia de anticuerpos, cualquier exposición potencial a Covid-19 y la probabilidad de un diagnóstico alternativo. Cuando existe una baja probabilidad previa a la prueba, los resultados positivos deben interpretarse con precaución y, es necesaria una segunda muestra probada para confirmación.***

Un diagnóstico médico es un acto que solo un médico está legalmente autorizado a realizar y del que ese médico es el único y total responsable. Ninguna otra persona o institución, incluida cualquier agencia gubernamental o tribunal, tiene tal autoridad. Nadie puede ser declarado enfermo o peligroso para la salud por decreto o ley, ni siquiera como consecuencia automática y administrativa del resultado de una prueba de laboratorio, independientemente del tipo que sea. Además, **el tribunal determinó que la Autoridad Sanitaria de Azores violó el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** al no proporcionar pruebas de que el consentimiento informado requerido por esa declaración, se recibió de las personas sometidas a pruebas de

PCR, quienes se quejaron de las medidas de cuarentena forzada que se les impusieron.

También quedó recogido en otra sentencia del Tribunal Administrativo de Viena, en la que se ha dado la razón a un recurso interpuesto por el FPÖ (Partido de la Libertad de Austria, conservador) contra la prohibición de su reunión registrada para el 31 de enero en Viena. "La prohibición fue injustificada", dice en nombre de la República. En la motivación de la sentencia, el tribunal afirma, basándose en estudios científicos, que la justificación de la prohibición, presentada por la Dirección Regional de Policía de Viena, carece de todo fundamento. El tribunal está de acuerdo con las afirmaciones de la demanda en todos sus puntos e incluso va más allá de los argumentos expuestos por el propio FPÖ. En particular, los criterios y definiciones utilizados para determinar el número de enfermos de Corona se cuestionan masivamente en la sentencia.

"**El test PCR no es adecuado para el diagnóstico**".

Se indica explícitamente que, incluso según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "un test PCR no es diagnóstico y, por tanto, no indica por sí mismo que una persona esté enferma o infectada". Sin embargo, el Ministro de Sanidad austríaco utiliza una definición de caso muy diferente y mucho más amplia para la enfermedad Covid-19, que no puede utilizarse para justificar la denegación de una reunión, porque:

Si la Comisión Corona (del gobierno austríaco) utilizó la definición de caso de la Ministra de Sanidad, y no la de la OMS, entonces **cualquier hallazgo de cifras de "enfermos/infectados" que haya presentado, es erróneo**.

El tribunal concluye que en la información del Servicio de Salud de la ciudad de Viena, en la que se basó la prohibición de la Dirección Provincial de Policía de Viena, "**no hay declaraciones y conclusiones válidas y basadas en pruebas sobre la aparición de la epidemia**".

El tribunal dice, literalmente:

Asumiendo las definiciones del Ministro de Sanidad, "Case definition Covid-19" del 23/12/2020, un "caso confirmado" es: 1) cualquier persona con detección de ácido nucleico específico del SARS-CoV-2 (prueba PCR, nota), independientemente de la manifestación clínica o 2) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que cumpla los criterios clínicos o 3) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que cumpla los criterios epidemiológicos. Así pues, ninguno de los tres "casos confirmados" definidos por el Ministro de Sanidad cumple los requisitos del término de la OMS "persona enferma/infectada".

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35)).

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Aislamiento del virus

Lo primero que debemos señalar, es que la creencia preestablecida de que el virus ha sido aislado y secuenciado, presenta serias dudas; existen pruebas de que tal circunstancia, no se ha producido realmente ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23)) (reconocido por los propios CDC y la FDA (1) (2) (3) (4), por la OMS, por el gobierno irlandés (1) (2), por el gobierno argentino, por el gobierno canadiense, por el gobierno de Uruguay (1) (2), por el propio gobierno español (y así, hasta un total de **196 instituciones** y subiendo, en diferentes países (1) (2)), y por el propio Drosten; no hay pruebas científicas claras que lo demuestren (no valen cepas artificiales recreadas sintéticamente partiendo de una secuencia informática, ni las que utilizan células Vero para ello (sabemos que los virus se pueden recombinar (1) (2) (3) y, por tanto, **no se puede demostrar que el supuesto "nuevo coronavirus" no sea un híbrido derivado de cultivos celulares**) (1) (2), como menciono un poco más adelante, **sustancias tales como los antibióticos que se añaden a los tubos de ensayo en los experimentos in vitro realizados para la detección de virus pueden "estresar" el cultivo celular de manera que se formen nuevas secuencias genéticas no detectables previamente**), aún cuando se ha ofrecido dinero para aquel que las presente. Por tanto, **creer en la existencia del virus con los datos y pruebas científicas de que disponemos hoy, se convierte en un acto de fe**:

Si realmente el virus ha sido aislado y secuenciado, ¿cómo es que en todas las "vacunas" Covid, no se ha recurrido a la forma tradicional (ampliamente probada) de preparación, partiendo del virus inactivado o debilitado y, han recurrido a otras plataformas experimentales como el ARNm o un adenovirus, con los peligros que conllevan?

Algunos dicen que la prueba de que el virus existe, es la "vacuna" CoronaVac ya que, supuestamente, contiene el virus inactivado. Supuestamente, el virus se hace crecer en células Vero de forma masiva. Se inactiva para garantizar que no sea infectivo, es decir, que no es capaz de replicarse. Este tipo de células Vero, proceden de un linaje de células de riñón de mono verde. Según dicen además, las muestras fueron extraídas de pacientes de China. La vacuna incluye una sustancia adyuvante que en este caso es hidróxido de aluminio, supuestamente para potenciar la "inmunidad", cuando **se ha demostrado que los adyuvantes con base de aluminio, pueden ocasionar graves problemas de salud** (1) (2). Al utilizar el virus completo, **se introducen además de la proteína S de la espícula (que justamente es la que causa el daño, no el virus en sí**), otras como la E de la cobertura, la M de la membrana, la N de la nucleocápside, etc., lo que supuestamente, constituye una ventaja teórica.

Tampoco debemos olvidar que además de los adyuvantes con base de aluminio, en las vacunas, se han encontrado otras "sustancias" peligrosas que producen micro y nanocontaminación. En un estudio, se

analizaron las vacunas por los posibles efectos secundarios que pueden causar. Con el fin de aportar nueva información, se aplicó un método de investigación por microscopía electrónica al estudio de vacunas, con el objetivo de verificar la presencia de contaminantes sólidos mediante un Microscopio Electrónico de Barrido Ambiental equipado con una microsonda de rayos X. Los resultados de esta nueva investigación, muestran la **presencia de material particulado micro y nanométrico compuesto por elementos inorgánicos en muestras de vacunas que no son declarados entre los componentes y cuya presencia indebida es, por el momento, inexplicable.** Una parte considerable de esos contaminantes particulados, ya han sido verificados en otras matrices y reportados en la literatura como no biodegradables y no biocompatibles. **Los análisis realizados, muestran que en todas las muestras controladas, las vacunas contienen cuerpos extraños no biocompatibles y biopersistentes no declarados por los productores, contra los cuales el organismo reacciona en cualquier caso**. La hipótesis que manejan los autores, es que esa contaminación sea accidental ya que probablemente se deba a componentes o procedimientos contaminados de procesos industriales (por ejemplo, filtraciones) utilizados para producir vacunas, no investigados y no detectados por los productores; no obstante, aunque haya una razón accidental, la realidad es que esos contaminantes, están presentes, con lo que ello conlleva.

Si es verdad que las muestras del virus que lleva la "vacuna" fueron extraídas de pacientes de China:

¿Cómo es posible que a día de hoy no haya una micrografía electrónica que muestre el grado de purificación?

Analicemos los siguientes estudios (que dieron origen a todo); a sus autores se les preguntó acerca de si sus micrografías electrónicas muestran el virus purificado; sus respuestas fueron las siguientes:

Respuesta estudio 1: "La imagen es el virus que brota de una célula infectada. No es un virus purificado".

Respuesta estudio 2: "No pudimos estimar el grado de purificación porque no purificamos y concentramos el virus cultivado en células".

Respuesta estudio 3: "No obtuvimos una micrografía electrónica que mostrara el grado de purificación".

Respuesta estudio 4: "Mostramos una imagen de partículas de virus sedimentadas, no purificadas".

Con respecto a estos cuatro estudios, está claro que lo que se muestra en las micrografías electrónicas (EM) es el resultado final del experimento, lo que significa que no hay otro resultado del que podrían haber hecho EM. **Si los autores de estos estudios reconocen que sus micrografías electrónicas (EM publicados) no muestran partículas purificadas, entonces definitivamente no poseen partículas purificadas que afirman ser virales.**

En este contexto, debe observarse que algunos investigadores usan el término "aislamiento" en sus documentos, pero los procedimientos descritos en estos documentos no representan un proceso de aislamiento (purificación) adecuado. En consecuencia, en este contexto el término "aislamiento" es mal usado.

Por lo tanto, **los autores de cuatro de los principales artículos de principios de 2020 que afirman el descubrimiento de un nuevo coronavirus, reconocen que no tenían pruebas de que el origen del genoma del virus fuera partículas virales o restos celulares, puros o impuros, o partículas de ningún tipo. En otras palabras, la existencia del ARN del SARS-CoV-2 se basa en la fe, no en los hechos**.

Esto realmente significa que **no se puede concluir que las secuencias de genes de ARN, que los científicos tomaron de las muestras de tejido preparadas en los ensayos in vitro mencionados y para las cuales las pruebas de PCR finalmente se están "calibrando", pertenecen a un virus específico, en este caso SARS-CoV-2. Además, no hay pruebas científicas de que esas secuencias de ARN sean el agente causal de lo que se llama Covid-19.**

Hay otra publicación, que junto con las otras 4 anteriores, fue pionera en hablar del nuevo coronavirus allá por febrero de 2020. No se ha obtenido respuesta de los autores, pero sí podemos analizar la publicación:

"Recolectamos líquido de lavado broncoalveolar (BALF) y realizamos una secuenciación metatranscriptómica profunda. La muestra clínica se manipuló en un laboratorio de nivel 3 de bioseguridad en el Centro Clínico de Salud Pública de Shanghai. **Se extrajo el ARN total de 200 µl de BALF** y se construyó una biblioteca metatranscriptómica para la secuenciación de pares (lecturas de 150 pb) utilizando un Illumina MiniSeq como se describió anteriormente".

"En total, **generamos 56 565 928 lecturas de secuencia que fueron ensambladas de nuevo** y seleccionadas para posibles agentes etiológicos".

"La secuencia del genoma de este virus, así como sus extremos, se **determinaron y confirmaron mediante PCR con transcripción inversa (RT-PCR) y amplificación rápida 5′ / 3′ de extremos de cDNA (RACE)**, respectivamente. Esta cepa de virus se designó como coronavirus WH-Human 1 (WHCV) (y también se ha denominado '2019-nCoV') y su secuencia de genoma completo (29 903 nt) se le ha asignado el número de acceso de GenBank MN908947".

"La organización del genoma viral del WHCV, se determinó por alineación de secuencias con dos miembros representativos del género Betacoronavirus: **un coronavirus asociado con humanos (SARS-CoV Tor2**, número de acceso de GenBank AY274119) **[2003]** y un coronavirus asociado con murciélagos (murciélago SL-CoVZC45, Número de registro de GenBank MG772933)".

En ningún momento se habla de aislamiento, ni purificación. Utilizan para la determinación y confirmación, RT-PCR, que ha quedado sobradamente demostrado que no sirve para esa finalidad. Como comenté en el anterior apartado, **cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador**. Así que básicamente, los fragmentos de virus que les faltan para completar su SARS-CoV-2 "teóricamente detectado", lo rellenan de manera ficticia haciéndolo coincidir con una secuencia consenso de una base de datos como la de Gen Bank. Hasta ellos mismos reconocen que es un coronavirus asociado con humanos.

Fan Wu y col. Fueron otros inventores del supuesto genoma del SARS-CoV-2 y utilizaron la muestra de fluido pulmonar de un paciente para el análisis de la plataforma de ensamblaje de secuenciación de novo para buscar fragmentos genéticos cortos o "lecturas". ***Es importante comprender que las muestras secuenciadas no eran virus aislados físicamente, sino muestras crudas que contenían millones de fragmentos genéticos del propio paciente y los numerosos microbios diferentes (bacterias, hongos) que componen el microbioma, así como posibles contaminantes ambientales***.

No está claro cómo Fan Wu et al, sabían qué "genoma" elegir cuando todas las opciones eran construcciones informáticas hipotéticas, eligieron la más larga (30 474 nucleótidos), porque tenía una identidad de nucleótidos del 89.1% con el genoma in silico (generado por computadora) del coronavirus de murciélago (SL - CoVZC45) que se inventó en 2018. Posteriormente se redujo a 29 875 nucleótidos en la próxima versión en GenBank, quizás para que se pareciera más a los 29 802 nucleótidos del genoma del modelo de murciélago. El modelo final se volvió a dibujar con una secuencia terminal completamente diferente con 23 bases de adenina consecutivas, por lo que se parecía más al modelo de murciélago que presentaba 26 bases de adenina consecutivas en su cola.

Sobre la base de que el ARN de origen desconocido era parte del cultivo en el que murieron muchas células (quizás debido a la inanición inducida y al estrés con sustancias citotóxicas), Fan Wu et al afirmaron que habían aislado con éxito el virus 2019-nCoV BetaCov.

Este fraude fue recompensado con subvenciones en 2020 por un total de US $ 900 000 de la Fundación Bill y Melinda Gates otorgadas a las dos instituciones con las que estaban afiliados 14 de los 19 coautores del artículo fraudulento.

Peng Zhou y col. Luego hicieron su contribución al fraude al publicar un artículo que no cumplía con ninguno de los postulados para identificar un virus o confirmarlo como causante de alguna enfermedad. El supuesto virus no fue

aislado ni purificado físicamente para su caracterización bioquímica, por lo que sigue siendo completamente teórico.

La Academia China de Ciencias, a la que estaban afiliados 24 de los 27 coautores, fue recompensada con una subvención relacionada con Covid-19 2020 por un total de 359 820 dólares de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Na Zhu y col. También afirmaron el aislamiento del virus, pero está claro que los autores no se refieren a "aislamiento" en el sentido científicamente postulado del diccionario, sino al significado antonímico sustituido por virología y la sustitución de células hospedadoras enfermas por no enfermas para establecer la causalidad entre un presunto virus y los síntomas del paciente.

A diferencia de Fan Wu et al y Peng Zhou y col; Na Zhu y col, produjo imágenes de lo que llamaron "partículas 2019-nCoV" pero ***sin ninguna verificación de su composición bioquímica a partir de una muestra purificada. No es posible establecer a partir de sus imágenes que las partículas sean virus infecciosos que causan enfermedades o que contengan el supuesto genoma del SARS-CoV-2***.

"**Aunque nuestro estudio no cumple con los postulados de Koch**, nuestros análisis proporcionan evidencia de la implicación de 2019-nCoV en el brote de Wuhan". Na Zhu y col.

Esta afirmación se basa en imágenes de vesículas extracelulares de composición y origen desconocidos que los autores han denominado "2019-nCoV".

El Instituto Nacional para el Control y la Prevención de Enfermedades Virales, al que estaban afiliados 13 de los 18 coautores del artículo de Na Zhu et al, recibió 71 700 dólares estadounidenses en 2020 de la Fundación Bill y Melinda Gates por esta investigación.

Caly y col. Afirmaron que las células Vero (células de riñón de mono) "mostraban vesículas unidas a la membrana citoplasmática que contienen partículas de coronavirus", pero no eran capaces de ver "viriones" típicos con la proteína de pico. Agregaron más tripsina de digestión de proteínas a los cultivos celulares que digirieron la capa de proteína externa de un "virión" esférico de 100 nm para fabricar "la franja característica en forma de corona de proteínas de punta", por lo que "mejoraron inmediatamente la morfología del virión". En otras palabras, cuando las vesículas (posiblemente exosomas) no se parecían a sus expectativas de un coronavirus, lo diseñaron artificialmente con una dosis extra grande de la enzima tripsina.

Estos supuestos viriones no fueron purificados por lo que no se pudo confirmar **su composición bioquímica**. De hecho, el "genoma" se armó después de generar "aproximadamente 30 000 000 de lecturas" a partir de la mezcla de cultivo de tejidos. ***Al igual que con todos los demás artículos de esta naturaleza, no se proporcionó ninguna explicación sobre cómo se sabe que estas partículas causan enfermedades o si estas mismas partículas***

existen dentro de los humanos. ***Científicamente hablando, solo pueden denominarse vesículas extracelulares de significado desconocido, producidas por células renales de mono anormales estresadas in vitro***.

Ningún virus llamado SARS-CoV-2 ha sido nunca aislado y purificado adecuadamente como una estructura única completa. Lo que sucede es la secuenciación escopeta de muestras crudas que contienen numerosos fragmentos genéticos mixtos de origen desconocido. La secuenciación de escopeta es un método utilizado para secuenciar cadenas de ADN aleatorias que se nombra por analogía con la agrupación de disparos semi-aleatorios de una escopeta. No hay evidencia alguna de que el "genoma" in silico resultante exista realmente en la naturaleza o tenga algo que ver con un "virus". La invención del "virus" se presenta como un descubrimiento, su estado falso se asegura mediante el acto de nombrarlo para que exista.

No debemos olvidar tampoco que la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) solo puede amplificar secuencias de nucleótidos seleccionadas, pero no puede determinar su procedencia o significado. El fraude de los PCR se basa en la atribución de significado a las secuencias amplificadas:

1) Referencia al genoma imaginario in silico pero no a una entidad física probada llamada SARS-CoV-2.

2) Referencia a una "enfermedad" que con un absurdo razonamiento circular ha sido definida por el propio resultado de la PCR.

En el siguiente vídeo del proyecto Enmanuel, se desmontan científicamente algunas de esas publicaciones que, supuestamente, habían aislado el virus. El Dr. Stefan Lanka (virólogo aleman), hace lo propio en los siguientes vídeos, en los que nos muestra por qué es imposible que realmente se haya podido aislar.

Se preguntó al Dr. Charles Calisher, experto virólogo que en 2001 escribió en una publicación con más virólogos: "***Los métodos de detección de virus modernos como la pulida reacción en cadena de la polimerasa, dicen poco o nada sobre cómo se multiplica un virus, qué animales lo tienen, o cómo enferma a las personas. Es como intentar determinar si alguien tiene mal aliento por medio del estudio de su huella dactilar"***; acerca de si conoce un solo estudio en el que el se aisle el SARS-CoV-2 y al fin se purifique realmente. Su respuesta: "***No conozco ninguna publicación que lo diga***. He estado atento para ver si salía alguna".

¿Si las partículas de las que se dice que son SARS-CoV-2 no han sido purificadas, cómo se puede estar seguro de que las secuencias genéticas de ARN de estas partículas pertenezcan a un virus específico?

Sobre todo si se tiene en cuenta la existencia de estudios que muestran que sustancias tales como los antibióticos que se añaden a los tubos de ensayo en los experimentos in vitro realizados para la detección de virus pueden "estresar" el cultivo celular de manera que se formen nuevas

secuencias genéticas no detectables previamente, una circunstancia que ya señaló la premio Nobel Barbara McClintock en su discurso de aceptación en 1983.

Las primeras muestras recolectadas de pacientes con Covid de Wuhan muestran que los virus transgénicos **se enviaron desde un laboratorio canadiense**. El Dr. Steven Quay, un médico-científico con sede en Seattle y ex miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, ha descubierto **nuevas evidencias de dos virus genéticamente modificados (OGM) en muestras de pacientes recolectadas de Wuhan, China, durante los primeros días de la pandemia**. Los pacientes de los que se recolectaron las muestras tenían una "enfermedad de neumonía no identificada", según los informes de diciembre de 2019. Sus muestras se cargaron en GenBank, una base de datos de secuencias genéticas en el sitio web de los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. (NIH), donde los investigadores pudieron examinarlas en busca de evidencia de SARS-CoV-2.

Quay, sin embargo, tomó una ruta diferente al investigar qué más podría estar presente en las muestras. **Descubrió que contenían evidencia del virus** Henipah, un virus OGM que es uno de los dos tipos enviados a China por científicos nacidos en China que en ese momento trabajaban en un laboratorio canadiense. El Dr. Joe Wang, Ph.D., quien anteriormente encabezó un programa de desarrollo de vacunas para el SARS en Canadá con una de las principales compañías farmacéuticas del mundo, verificó los hallazgos de Quay. Después de examinar la evidencia y replicarla, confirmó que el virus Henipah está, de hecho, presente en las primeras muestras conocidas del virus chino. El propósito de su presencia, dice, probablemente fue desarrollar una "vacuna". Esto **está corroborado por documentos del gobierno de Canadá que muestran que las muestras se enviaron al Instituto de Virología de Wuhan (WIV) con el propósito declarado de "cultivo de virus de reserva". Sin embargo, no se suponía que las muestras fueran manipuladas genéticamente, que es lo que parece haber sucedido**. **Los científicos, tal vez, los cruzaron con la gripe "Fauci", o tal vez, su contenido sea la gripe "Fauci" con un nombre diferente, ya que el SARS-CoV-2 nunca se ha aislado ni se ha demostrado que exista**.

Historia del aislamiento del virus

Autoridades sanitarias chinas

Anunciaron el 7 de enero de 2020 que se había identificado "un nuevo tipo de virus" "similar al asociado con el SARS y el MERS" (informe relacionado, no fuente original del gobierno chino). El método subyacente se describe a continuación:

"Recopilamos y analizamos prospectivamente datos sobre pacientes con infección por 2019-nCoV **confirmada por laboratorio mediante RT-PCR en tiempo real y secuenciación de próxima generación**".

“Los datos se obtuvieron con formularios de recopilación de datos estandarizados compartidos por la OMS y el Consorcio Internacional de Infecciones Emergentes y Respiratorias Agudas Graves a partir de registros médicos electrónicos”.

Otra vez, utilizan RT-PCR, con lo cual, todo queda invalidado, además, tampoco aparece la palabra, aislamiento ni purificación por ningún sitio, ni tampoco ninguna prueba clara de haberlo conseguido.

Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Tras el anuncio chino, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), declaró que se había aislado el virus, dicha declaración, con fecha del 28 de enero de 2020 (actualizada en diciembre de 2020), es inequívoca:

“El SARS-CoV-2, el virus que causa el Covid-19, fue aislado en el laboratorio y está disponible para la investigación de la comunidad científica y médica”

Poco después empezaron a reconocer lo contrario, incluso en sus propios documentos (1) (2) (3) (4).

OMS

Dado que no las autoridades chinas no proporcionaron a la OMS una muestra de SARS-CoV-2 aislado/purificado y por tanto, los detalles sobre el aislamiento no estaban disponibles; la OMS, decidió "personalizar" su prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR) utilizando el virus corona SARS 2003 supuestamente aislado y "similar" según ellos (posteriormente rebautizado como SARS-CoV-1) como “punto de referencia” (o proxy), para detectar fragmentos genéticos del SARS-CoV-2 de 2019.

Buscó el consejo del **Dr. Christian Drosten** y sus colegas del Instituto de Virología de Berlín en el Hospital Charité. Posteriormente se envió a la OMS el estudio titulado “Detección del nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) mediante RT-PCR en tiempo real”), publicación que como quedó demostrado en el anterior apartado, está plagada de errores científicos y en la que los propios autores reconocen que “**los aislados de virus o muestras de pacientes infectados no estaban disponibles** …”.

La información que proporcionaron a la OMS fue la siguiente:

“Las secuencias del genoma sugieren la presencia de un virus estrechamente relacionado con los miembros de una especie viral denominada CoV relacionada con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), una especie definida por el agente del brote de SARS en humanos en 2002/03”.

“Informamos sobre el establecimiento y validación de un flujo de trabajo de diagnóstico para el cribado de 2019-nCoV y la confirmación específica

[**utilizando la prueba RT-PCR], diseñado en ausencia de aislados de virus disponibles o muestras originales de pacientes**. El diseño y la validación fueron posibles gracias a la estrecha relación genética con el SARS-CoV de 2003, y fueron ayudados por el uso de tecnología de ácido nucleico sintético".

Lo que esta afirmación audaz sugiere, es que no se requirió el aislamiento/purificación de 2019-nCoV y que la "validación" estaría habilitada por "la estrecha relación genética con el 2003-SARS-CoV". Errores científicos de tremenda gravedad.

Las recomendaciones del estudio Drosten (respaldado y financiado por la Fundación Gates) relativas al uso de la prueba RT-PCR aplicada a 2019-nCoV, fueron luego respaldadas firmemente por el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom.

En todo este tiempo transcurrido, se han producido múltiples solicitudes individuales de información a múltiples instituciones, sobre las pruebas del aislamiento (como se comenta al inicio de este apartado) y ni en uno solo de los casos, se ha demostrado la existencia de dichas pruebas; hasta un total de 110 instituciones.

Se nos dice que el virus está en todas partes: en el aire, en nuestra respiración, atrapado en máscaras, sin embargo, las autoridades de salud pública parecen no estar en posesión de ninguna muestra clínica cultivable del patógeno ofensivo.

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud ordenó a las autoridades que no buscaran un virus, sino que confiaran en una prueba del genoma, la RT-PCR, que no es específica para el SARS-CoV-2.

En algunas de las solicitudes de Libertad de Información sobre muestras clínicas cultivables o evidencia directa de aislamiento viral (por ejemplo), no solo no contienen información que demuestre el aislamiento, sino que además, se refieren a la prueba proxy RT-PCR, citando una publicación en Eurosurveillance, a modo de demostración; no obstante, esto, además de inútil es absurdo ya que en la propia publicación se dice:

"La detección de virus por PCR con transcripción inversa (RT-PCR) de muestras respiratorias se utiliza ampliamente para diagnosticar y monitorear la infección por SARS-CoV-2 y, cada vez más, para inferir la infectividad de un individuo. Sin embargo, la RT-PCR no distingue entre virus infecciosos y no infecciosos. La propagación del virus a partir de muestras clínicas confirma la presencia de virus infecciosos, pero no está ampliamente disponible (y) requiere instalaciones de nivel 3 de bioseguridad"

Además, los CDC admiten que "actualmente no hay disponibles aislados cuantificados del 2019-nCoV", y que utilizaron un cultivo de células de adenocarcinoma alveolar de pulmón humano modificado genéticamente para "imitar una muestra clínica".

Por lo tanto, después de todo lo dicho, parece que tenemos organismos de salud pública sin muestras clínicas del aislamiento y que encima utilizan para diagnosticar, una prueba que no es específica y no distingue entre infectividad y no infectividad, un requisito para que las instalaciones de nivel 3 de bioseguridad incluso busquen un virus, aún así, nos han llevado a creer que está en nuestras narices.

En este punto, conviene hablar sobre los postulados de Koch:

Robert Koch enunció sus ya famosos postulados en el curso de sus investigaciones sobre el carbunco bacteridiano, una enfermedad que se transmitía de forma frecuente al hombre desde el ganado lanar y vacuno. En sus investigaciones sobre el carbunco bacteridiano, Koch descubrió que el patógeno se encontraba siempre en la sangre de los animales enfermos, por lo que, en una primera fase de investigación, tomó pequeñas muestras de sangre de estos animales y se las inoculó a animales sanos. El resultado fue la transmisión de la enfermedad y, por tanto, el establecimiento de la etiología de la enfermedad.

En una segunda fase de investigación, descubrió que el patógeno podía ser aislado de los individuos enfermos y cultivado en el laboratorio sin perder su capacidad patogénica, ya que cuando se les inoculaba a nuevos individuos se reproducía la enfermedad.

A partir de estas investigaciones, propuso los siguientes postulados:

- La bacteria patógena debe aislarse siempre de animales enfermos y nunca de animales sanos.
- Cuando un animal está enfermo la bacteria debe aislarse en cultivo puro.
- Si la bacteria se inocula a otro individuo debe reproducirse la enfermedad.
- La bacteria debe aislarse nuevamente en cultivo puro.

Para establecer una conexión causal, de una forma u otra, es decir, más allá del aislamiento y la purificación del virus, habría sido absolutamente necesario llevar a cabo un experimento que satisfaga los cuatro postulados mencionados. Pero no existe tal experimento, como Amory Devereux y Rosemary Frei revelaron en su momento. **La necesidad de cumplir con estos postulados con respecto al SARS-CoV-2 se demuestra, sobre todo, por el hecho de que se han hecho intentos para cumplirlos. Pero incluso los investigadores que afirman haberlo hecho, en realidad, no tuvieron** éxito.

En 1988 Stanley Falkow formuló una versión de los postulados de Koch, con el fin de dilucidar si determinados genes bacterianos tenían un papel protagonista en la capacidad patógena de las bacterias. Varios años más tarde, en 1996, y a raíz del descubrimiento del Herpesvirus humano 8, los investigadores David Relman y David Fredericks formularon las normas moleculares revisadas para establecer las causas de la enfermedad microbiana, las cuales proponen que la

identificación de los patógenos puede llevarse a cabo considerando el grado de asociación entre el patógeno y el tejido infectado u observando la correlación entre el curso de la enfermedad y la cantidad de material genético encontrado del patógeno en cuestión. Si bien la aplicación de las nuevas técnicas moleculares a la microbiología supone un gran avance, **los investigadores, en contra de lo que dicen los creyentes en la fe covidiana, son muy cautelosos a la hora de desechar los postulados de Koch, sobre todo considerando la** importancia **que han tenido y que aún tienen en la lucha contra las enfermedades microbianas**.

Los defensores del discurso oficial suelen decir que para que un virus exista y sea el causante de una enfermedad, no es necesario que cumpla con los 4 postulados, suelen hacer referencia a otros postulados para justificar esa afirmación, los postulados de Rivers. Fueron propuestos por Thomas M. Rivers en 1937 para establecer el papel de un virus específico como causa de una enfermedad específica. Son modificaciones de los postulados de Koch y son los siguientes:

- Aislamiento del virus desde el hospedador enfermo.
- Aislamiento de virus en cultivo en células.
- Prueba de tamaño por filtrado.
- Producción de enfermedad comparable cuando el virus cultivado es inoculado para infectar animales de experimentación.
- Re-aislamiento del mismo virus desde el animal de experimentación.
- Detección de una respuesta inmune específica contra el virus.

Cualquiera que sea el conjunto de postulados que se utilice, el SARS-CoV-2 NO PASA LA PRUEBA. No se ha demostrado que el coronavirus SARS-CoV-2 (que supuestamente causa la enfermedad Covid-19) esté presente solo en personas enfermas y no en personas sanas. El virus nunca se ha aislado, lo que debe hacerse con el equipo adecuado, como microscopios electrónicos, y no se puede lograr mediante tomografías computarizadas (como lo estaban usando los chinos) y la prueba defectuosa de RT-PCR. No debemos olvidar, que como mencioné anteriormente, los propios CDC, han admitido que el SARS-CoV-2 es un virus digital generado por computadora, no un virus vivo real:

"En otras palabras, es un virus Frankenstein que **ha sido inventado y cosido usando secuencias de bases de datos genómicas (algunas virales, otras no)**. **Nunca se ha aislado y purificado adecuadamente para que pueda secuenciarse de un extremo a otro una vez derivado de tejido vivo; en cambio, se ensambla digitalmente a partir de una base de datos informática**. **Los científicos de los CDC afirman que tomaron solo 37 pares de bases de un genoma de 30 000 pares de bases, lo que significa que**

aproximadamente el 0.001% de la secuencia viral se deriva de muestras vivas reales o tejido corporal real. En otras palabras, tomaron estos 37 segmentos y los colocaron en un programa de computadora, que completó el resto de los pares de bases. Este paso de generación de computadoras constituye un fraude científico". Hasta la propia OMS, reconoce que es un virus creado con ordenador.

Los científicos de los CDC realizan dos afirmaciones acerca de la Covid que destruyen la narrativa oficial, revelo cómo los CDC admitieron en su artículo que extrapolaron su virus imaginario:

"Diseñamos 37 pares de PCR anidadas que abarcan el genoma sobre la base de la secuencia de referencia del coronavirus (nº de acceso de GenBank NC045512). Extrajimos el ácido nucleico de los aislados y lo amplificamos mediante el uso de 37 PCR anidadas individuales".

Otra forma de decir esto es que el "virus" se ha construido utilizando una técnica llamada ensamblaje de novo, que es un método para construir genomas a partir de una gran cantidad de fragmentos de ADN (cortos o largos), sin un conocimiento a priori de la secuencia correcta u orden de esos fragmentos.

El estudio europeo Corman-Drosten utilizó un genoma "in silico" de un virus "in silico":

El artículo original de Corman-Drosten admite que utilizaron una secuencia de virus teórica para todo su trabajo y cálculos. Ellos, al igual que los CDC y todos los gobiernos y agencias, afirman que esto se debe solo a que nunca hubo un aislado disponible. Me pregunto si alguno de estos científicos preguntó por qué el aislado nunca estuvo disponible.

"En el caso actual de 2019-nCoV, **los aislados de virus o las muestras de pacientes infectados no han estado disponibles hasta ahora para la comunidad internacional de salud pública**".

Se publicó un estudio posterior que destaca fallos fatales en el artículo de Corman-Drosten. Destaca cómo **los autores utilizaron secuencias in silico o teóricas de bancos de computadoras, no muestras reales aisladas de personas infectadas. "In silico" es pseudo-latino para "teórico"; En un lenguaje sencillo, los sinónimos de teórico son "imaginario" e "hipotético"**.

"El primer y mayor problema es que **el 'nuevo' Coronavirus SARS-CoV-2** (en la publicación denominado 2019 -nCoV y en febrero de 2020 denominada SARS-CoV-2 por un consorcio internacional de expertos en virus) **se basa en secuencias in silico (teórico), suministradas por un laboratorio en China, porque en ese momento los autores no disponían de material de control del SARS infeccioso ("vivo") o inactivado -CoV- 2 ni del ARN genómico aislado del virus**. Hasta la fecha, **los autores no ha realizado ninguna**

validación basada en virus SARS-CoV-2 aislados o ARN de longitud completa de los mismos.

In silico y PCR

Estas secuencias in silico se utilizaron para desarrollar una metodología de prueba de RT-PCR para identificar el virus mencionado. Este modelo se basó en la suposición de que el nuevo virus es muy similar al SARS-CoV de 2003 (en adelante denominado SARS-CoV-1) ya que ambos son beta-coronavirus. En resumen, **un diseño que se basa simplemente en parientes genéticos cercanos no cumple el objetivo de una "prueba de diagnóstico sólida" como reactividad cruzada y, por lo tanto, inevitablemente se producirán como resultado falsos positivos**. La validación solo se realizó con respecto a in silico secuencias (teóricas) y dentro del entorno de laboratorio, y no como se requiere para el diagnóstico in vitro con ARN viral genómico aislado. Este mismo hecho no ha cambiado incluso después de todo este tiempo desde la introducción de la prueba en los diagnósticos de rutina".

La revista sanitaria española DSalud publicó un artículo en noviembre de 2020 titulado donde expone la falta de evidencia no solo para el aislamiento del SARS-CoV-2, sino también para el aislamiento de otros coronavirus pasado. La estafa de la Covid imita en gran medida otras pandemias históricas falsas, como la pandemia de gripe porcina de 1976. El artículo de DSalud afirma:

"**Las secuencias genéticas utilizadas en las PCR para detectar sospechas de SARS-CoV-2 y diagnosticar casos de enfermedad y muerte atribuidos a Covid-19 están presentes en decenas de secuencias del propio genoma humano y en las de unos cien microbios**. Y eso incluye los iniciadores o cebadores, los fragmentos más extensos tomados al azar de su supuesto "genoma" e incluso los llamados "genes diana" supuestamente específicos del "nuevo coronavirus". **La prueba no tiene ningún valor y todos los resultados "positivos" obtenidos hasta ahora deben ser científicamente invalidados y comunicados a los afectados**; y si han fallecido, a sus familiares. Stephen Bustin**, uno de los principales expertos mundiales en PCR, de hecho dice que bajo ciertas condiciones, cualquiera puede dar positivo:**

En una entrevista reciente en un podcast, Bustin señala que la elección de umbrales de Cq tan arbitrarios no es ideal, ya pueden ser o demasiado bajos (en cuyo caso quedarían eliminados los resultados válidos) o demasiado altos (con lo cual aumentarían los falsos resultados "positivos").

De acuerdo con el profesor **se debería utilizar un Cq de entre 20 y poco más de 30, y cualquier resultado obtenido con un Cq por encima de 35 resulta preocupante**.

Si el valor de Cq aumenta demasiado, se hace difícil distinguir una señal real por encima del fondo, por ejemplo debido a reacciones de los cebadores y las sondas fluorescentes, por lo que hay una mayor probabilidad de que se den falsos positivos.

En el curso de un proceso de conversión (de ARN a ADNc) la cantidad de ADN obtenida a partir del mismo material de ARN puede variar enormemente, incluso en un factor 10. **Teniendo en cuenta que las secuencias de ADN se doblan en cada ciclo, incluso una variación ligera se magnifica y puede así alterar el resultado, destruyendo el valor informativo de la prueba**.

En 2007 Gina Kolata describió en un artículo publicado en el New York Times llamado Faith in Quick Test Leads to Epidemics That Wasn't (**La fe en las pruebas rápidas conduce a una epidemia que no lo fue) cómo declarar pandemias de virus tomando como base las pruebas de PCR puede terminar en desastre**.

Es completamente absurdo incluir la propia prueba de PCR en el criterio de referencia para evaluar la prueba de PCR, la Covid-19 no tiene síntomas específicos propios, como incluso personas como Thomas Löscher, antiguo jefe del Departamento de Infecciones y Medicina Tropical de la Universidad de Munich y miembro de la Asociación Federal de Internistas Alemanes, ha reconocido.

¿Qué es lo primero que se necesita para realizar el aislamiento, es decir, probar la existencia, de un virus? Necesitamos saber de dónde procede el ARN para el cual están calibradas las pruebas de PCR.

Las pruebas de PCR están calibradas para detectar secuencias de genes (en este caso secuencias de ARN, ya que se piensa que el SARS-CoV-2 es un virus de ARN), necesitamos tener claro que estos fragmentos de genes forman parte del virus buscado. Y para para poder saber esto se debe aislar y purificar correctamente el supuesto virus, cosa que como demuestro más arriba, no ha sucedido.

No pueden realizarse pruebas específicas para un virus sin conocer los componentes del virus que está tratando de detectar. **Y los componentes no se pueden conocer sin haber aislado y purificado previamente ese virus**. Llevamos tiempo acumulando evidencia de que nadie ha aislado el SARS-CoV-2 y, lo que es más importante, que nunca se podrá aislar. En este informe se muestran los resultados de una investigación particular realizada a partir de los datos publicados sobre el presunto SARS-CoV-2 y sobre los protocolos avalados por la OMS para el uso de RT-PCR así como los datos correspondientes al resto de los "coronavirus humanos". Y las conclusiones son tremendamente serias.

Se analizaron los coronavirus humanos 229E (que se dice que se aisló en 1965), OC43 (en 1967), SARS-CoV (en 2003), NL63 (en 2004), HKU1 (en 2005) y MERS-CoV (en 2012), **descubrieron que las supuestas secuencias de SARS-CoV-2 se encuentran tanto en humanos como en bacterias. Esto significa que todos los diversos modelos in silico de SARS-CoV-2 contienen secuencias genéticas humanas existentes, por lo que no es de extrañar que las personas den positivo**.

La evidencia que demuestra que el "virus" se construye en una base de datos informática de un banco de genes digital proviene de Frances Leader, quien cuestionó a la MHRA (Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios) del Reino Unido si se utilizó un virus real aislado para fabricar la "vacuna" Covid. Leader descubrió que **los protocolos de la OMS que utilizó Pfizer para producir el ARNm no parecen identificar ninguna secuencia de nucleótidos que sea exclusiva del virus SARS-CoV-2**. La científica preguntó si el "virus" era en realidad una secuencia genómica generada por computadora y, finalmente, la MHRA confirmó que no tenían una muestra real:

"La plantilla de ADN no proviene directamente de un virus aislado de una persona infectada".

Un buen resumen de todo lo visto hasta ahora, lo encontramos en una entrevista a la bioquímica microbióloga Dña. Mariana Salmerón, de la que sacamos algunos extractos y en una publicación del 31 de mayo de este mismo año, de la misma autora en la Revista Argentina de Salud Pública en su suplemento Covid-19, de los que sacamos algunos extractos:

- ***En realidad se trata de una pandemia de tests de PCR y que este tipo de prueba es la base sobre la cual se asentó un engañoso castillo de naipes***.

- ***La PCR presenta una serie de graves limitaciones al ser utilizada como único método para el diagnóstico de Covid-19*** como, por ejemplo, que ***casi tres cuartas partes de las personas que reciben un resultado positivo de PCR y no presentan síntomas en el momento del testeo, permanecerán asintomáticas, es decir que se son casos de falsos positivos***.

  "***En personas con síntomas respiratorios inespecíficos, considerar que el hallazgo de una secuencia viral establece causalidad tampoco es correcto, dado que no se realiza una búsqueda sistemática con la misma técnica de todos los otros posibles patógenos que pueden presentar el mismo cuadro clínico***".

  Una revisión de la Universidad de Oxford evaluó estudios que comparan el cultivo del SARS CoV-2 en líneas celulares (considerado el mejor indicador de infección e infectividad) con los resultados de la rRT-PCR. En uno de ellos, donde se usó como diana el gen E, se observa que ***todas las muestras con valores de Ct de 13 a 17 tuvieron resultados positivos en el cultivo. La tasa de recuperación viral disminuyó en forma progresiva hasta 12% para un Ct de 33. No se obtuvo cultivo positivo a partir de muestras con Ct >34. En otro estudio se encontró infectividad de células Vero solo en muestras con Ct menor a 24***.

  Sobre la base de estos datos, puede inferirse que, según el protocolo utilizado, ***una mayor o menor proporción de resultados informados como positivos en función del punto de corte del Ct considerado en***

cada laborato-rio serían falsos positivos, ***dado que no corresponden a muestras infectivas***. ***La interpretación de la rRT-PCR no validada contra el cultivo viral propicia falsos positivos que implican el aislamiento de muchas personas que no están enfermas ni son infecciosas***.

Puede haberse producido una sobrestimación de casos reales de enfermedad Covid-19, principalmente en función de la utilización de la técnica en la población general, fuera del circuito clínico tradicional de vigilancia de virus respiratorios.

- ***Encontrar un segmento de la secuencia del virus, sacado de una zona de nuestro cuerpo que no es estéril y que se asociaba con enfermedad. Ahí está el principal error que se manejó desde el principio de la pandemia***.

- Como sea había que sacar determinada cantidad de resultados por día. Y esos resultados que salían ***eran los famosos "casos" Covid, que no se evaluaba si eran de pacientes asintomáticos, oligoasintomáticos, o si era un paciente internado con respirador***. Iba todo en la misma bolsa.

- Lo otro que brilló por su ausencia fue la clínica. ***Nunca un PCR es un resultado definitivo de nada, tanto si es positivo como si es negativo***.

- Antes aislar el virus se consideraba todo un procedimiento de laboratorio en donde se tenía que tener el cultivo celular. Si hay una muestra con el virus, lograr que ese virus se replicara en el cultivo celular, para sacarlo de ese líquido que bañaba las células (que se llama sobrenadante), hacer un paso de centrifugación en gradiente de sacarosa, que separaría capas en donde podrían quedar sedimentadas las partículas virales por su tamaño y a eso hay que someterlo a una identificación de tipo bioquímico. Aislar de esa capa dentro de un gradiente el genoma del virus entero, secuenciarlo de esa capa, no de la mezcla total que se puede sacar del sobrenadante del cultivo celular.

  Para este virus no hay trabajos que hayan realizado todos estos pasos para decir que se aisló el virus con este gradiente, físicamente y que así se pudo definir desde la bioquímica, desde su genética. Tampoco se hicieron los estudios biológicos para demostrar que eso que se aisló, inyectado en un animal de laboratorio, replica el cuadro del cual se lo hace responsable. Todo eso no se ha hecho.

- ***La PCR se hizo en base simplemente a información cargada en bases de datos con sistemas de computación (bioinformáticos)*** en donde se secuencian pedacitos de genoma de una muestra y una vez que esas secuencias se cargan en bases de datos, hay sistemas bioinformáticos que reconocen las secuencias y las ensamblan. Así te dicen que hay tal

probabilidad de que por las secuencias que se encontraron esté el genoma de este virus. Pero es un programa bioinformático, de computación.

- ***La gente que dijo que sacó esas muestras de los primeros pacientes con neumonía en Wuhan, lo que hizo fue secuenciar el material genético total que encontraron en las muestras respiratorias de esos pacientes, cargar esas secuencias en bases de datos y programas bioinformáticos, que ensamblando y comparando con secuencias de coronavirus previos, dijeron esto es el genoma de un coronavirus***. Así se determinó que era una nueva variante de la familia de los coronavirus.

- ***A partir de esa secuencia definida por un programa de computación es que se hizo el primer protocolo de PCR***.

- ***Como indicador de salud el resultado de la PCR nunca fue validado*** porque todos sabemos que daba positivo a un montón de gente que no tenía un solo síntoma. Daba positivo y luego nunca desarrollaba ningún síntoma. ***Lo que se detectaba en el laboratorio no tenía una clara correlación con lo que pasaba con las personas que se enfermaban***.

- De golpe todo lo otro no existía más o era menos importante. Si el paciente se moría de una meningitis era menos importante que si moría por Covid.

- Hacer la mayor cantidad de PCR posibles, aun a los asintomáticos, era la conducta correcta.

- Si yo me pongo a diseñar PCR para detectar variantes de rinovirus voy a empezar a encontrar variantes de rinovirus, si diseño PCR para detectar variantes de adenovirus vamos a encontrar variantes de adenovirus y eso asociado a un relato pandémico y de miedo en la gente, que no tiene por qué saber lo que es encontrar una secuencia, puede prolongarse hasta el infinito.

- Hago referencia a un trabajo del Colegio Americano de Medicina Interna que ellos ven que ***de los pacientes sin síntomas cuando le hacen una PCR y le da positivo, el 75% nunca desarrolla enfermedad. Esos son falsos positivos de diagnóstico***.

- ***La definición de caso de Covid no tiene criterio científico clínico médico***. Nos dicen que son necesarias ciertas estrategias para manejar la pandemia porque hay tantos casos y tantas muertes por covid, pero yo no les creo a esos números.

- ***Si uno se remite solamente a los casos de enfermedad grave, no se justifica en absoluto "vacunar" a toda la población mundial***, cuando claramente las causas principales de muerte a nivel mundial son las cardiovasculares, las oncológicas… ***se está moviendo toda la salud pública alrededor de un virus cuando las principales causas de mortalidad son otras***.

- Lo que se quiso hacer en este escenario fue reemplazar la inmunidad natural y la inmunidad colectiva que se genera cuando un agente empieza a circular. ***Se intentó poner en standby a nuestro sistema inmune que viene evolucionando desde antes que seamos humanos, encuarentenando a las personas y encerrándolas y reemplazar la protección de manera artificial. Eso no está comprobado por ningún estudio en la historia que sea efectivo a nivel poblacional***.

- ***El hecho de que la PCR dé positiva no quiere decir que tengas partículas virales (porque de hecho la PCR no detecta partícula viral), sino que detecta un pedacito de genoma con lo cual lo único que puedo decir cuando la PCR me da positiva, suponiendo que no esté contaminada, que se haya hecho bien y que realmente sea desde lo técnico un verdadero positivo, es que encontré una secuencia de unos 200, 300 nucléotidos que pertenecen a un genoma de un virus***.

- ***No puedo decir con una PCR positiva que la persona tiene Covid y es contagiosa. No se puede hacer la correlación, ese es el error***.

Veamos unas declaraciones muy reveladoras del Dr. Ramiro Salazar, médico epidemiólogo (M.P. 11.700):

La transgénesis humana montada en el caballo de Troya de las neo-inyecciones se impone como la transgénesis en la soja, cerdos y pollos. El corralito sanitario focalizado en los fines prioritarios de sometimiento y dominación de la población sana tiene en claro su objetivo: **patologizar a toda la población sana bajo el lema de que son "enfermos asintomáticos**".

No parece lógico separar estos hechos de otros igualmente contemporáneos y coincidentes conducidos por los gobiernos de casi todos los países de manera uniforme con la parálisis de los organismos de control, endeudamiento y otras tantas "casualidades" donde observamos el empobrecimiento de los más pobres y el enriquecimiento de los más ricos. Todo esto, simultáneamente.

Creer que los no "vacunados" pueden transmitir una enfermedad (que no tienen) a los "vacunados" que creen estar protegidos (pero no tanto), es un capítulo fascinante de la epidemiología paranoica. Digno para recrear en una serie de televisión.

Tenemos que poner límites al uso de la Covid para colapsar economías e implementar políticas de ajuste y empobrecimiento. ***Debemos poner punto final a este fraude masivo*** y volver a recuperar nuestras libertades.

Para esta autodenominada "pandemia", se testeó masivamente por primera vez en la historia. Los test de PCR atrapan a sus víctimas incautas. ¿Qué hubiera sucedido si en años anteriores se hubiese testeado masivamente como se hace en la actualidad? ¿Qué creen que hubiéramos encontrado? Seguramente el mismo número o más. Nadie lo puede saber porque nunca antes se testeó de este modo. No tienen estadística alguna para comparar con años anteriores. ***Lo que existe***

son los certificados de defunción donde no hay variantes significativas. No murió más gente que en años anteriores.

Con esta información la gente está despertando de esta larga pesadilla y seguramente va a ganar las calles para protestar ante semejante injusticia.

Ahora bien, como ya lo dije en mayo del 2020 lo voy a repetir: "***Estamos frente a una dictadura pseudo científica que nos impone un modo de vivir, enfermar y morir. Un sanitarismo carcelario. Una política persecutoria de virus que se transforma en una cacería de personas y trabajadores, como si fueran bioterroristas. Una epidemiología paranoica y manipuladora de números, destinada a aterrorizar y estigmatizar a distintos grupos sociales"***.

Bajo la excusa de un sistema de salud colapsado, se contagia y extiende su colapso a toda la vida del pueblo argentino. Cercenan libertades, cierran escuelas, funden comercios, destruyen la industria y cualquier actividad económica, social y cultural, que aún queda en pie. Todo esto, como ya lo ven, sigue vigente.

Recientemente, la Dra. Sam Bailey se conectó con Eric Coppolino, el cual, lleva tiempo denunciando fraudes científicos y encubrimientos de contaminación ambiental. Fue uno de los primeros en comenzar a investigar las "incoherencias" relacionadas con Covid-19. En esa entrevista hablaron de:

- Los problemas con la PCR

- Cómo Eric se dio cuenta de que no había un "virus" SARS-CoV-2

- Encubrimientos de contaminación de desechos nucleares

- Cómo ser un científico ciudadano

- Cronología del Covid-19 y mucho más...

Para ver la entrevista, hacer clic aquí.

Por otro lado, Biólogos por la Verdad, ha desclasificado un informe con documentos del portal de transparencia del Ministerio de Sanidad, donde ***se evidencia la estafa que ha sufrido el pueblo español estos últimos 2 años, bajo la excusa de un virus al que llamaron SARS-CoV-2***.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad, a través del portal de transparencia, que atiende a la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la información pública y Buen gobierno, ha reconocido a un ciudadano mediante un documento con registro de entrada 001-059144 (Anexo I), ***no disponer de cultivo del virus SARS-CoV-2 para ensayos y no tener registro de los laboratorios con capacidad de cultivo y aislamiento para ensayos***. Este hecho, podría suponer un grave delito contra la salud pública, puesto que ***sin el aislamiento del virus y sin cultivos virales, no se puede establecer la***

causalidad ***entre el llamado SARS-CoV-2 y la enfermedad denominada Covid-19***.

Las conclusiones a las que llegan:

- ***La secuenciación del virus SARS-CoV-2 se ha utilizado como sinónimo de aislamiento, cuando en realidad, sin cultivo viral de confirmación y/o sin aislamiento propiamente dicho de la partícula viral, esas secuencias no se puede asegurar que no pertenezcan a la expresión génica de nuestro propio genoma.***

- ***Sin confirmación de que la secuencia del SARS-CoV-2 existe físicamente como tal, no se pueden diseñar los cebadores que se utilizarían para las pruebas de PCR. Por tanto, los cebadores utilizados pueden ser fragmentos del propio transcriptoma humano.***

- ***Tanto los test de antígenos, como los test PCR, sin cultivos de confirmación no pueden asegurar que el resultado positivo sea real y no se corresponda con otros virus o bacterias, incluso con el propio genoma y sus productos de expresión.***

- ***La técnica PCR necesita ser calibrada mediante cultivos virales para establecer el umbral de ciclo y validar a partir de cuántos ciclos los positivos en esta prueba son falsos y por tanto, han de ser descartados, exonerando así a las personas sin síntomas o asintomáticas, de ser potenciales contagiadores.***

- ***Se deben realizar más estudios de seroprevalencia para comprobar que nivel de inmunización natural tiene actualmente la población española, antes de seguir realizando más test o seguir instando a la vacunación. Tres estudios de seroprevalencia con 60 000 personas del año 2020 no es reflejo de la situación actual, sin embargo se siguen haciendo cada vez más test sin comprobar los anticuerpos.***

- ***La Agencia Española del Medicamento debería tener la obligación de tener un registro de los cebadores utilizados en la prueba PCR y si éstas están calibradas mediante cultivos virales, para asegurar que los positivos se dan a un umbral adecuado de ciclo.***

- ***Con la evidencia científica de la que disponemos en la actualidad podemos decir que el número de ciclos de entre 30 y 45, utilizados de por las comunidades autónomas que han enviado esta información a través de la Ley de Transparencia, es inadecuado ya que sabemos que a este número de ciclos, una prueba PCR calibrada podría dar hasta un 100% de falsos positivos. Por lo tanto, se debe instar a las comunidades autónomas a calibrar las pruebas PCR y establecer un umbral de ciclo adecuado.***

- ***En cuanto al uso de los positivos sin confirmar en estas pruebas, se aportan evidencias estadísticas suficientes para afirmar que se ha***

hecho una utilización totalmente negligente del número de positivos, para respaldar las medidas restrictivas adoptadas durante la pandemia. Es vital exigir que sólo se tengan en cuenta como indicadores epidemiológicos los positivos confirmados mediante cultivos virales, así como un valor normalizado de los mismos, que funcione como indicador más veraz de los contagios y la evolución de la epidemia y evitar la creación artificial de "olas" que sirvan a los intereses políticos.

- ***Sobre los cultivos virales, se aporta base científica para concluir que se deben realizar experimentos de control de los mismos para evitar resultados erróneos que se deban a las condiciones del experimento y no utilizar células animales, ni cancerígenas o totipotentes para realizar dichos cultivos en personas positivas, por su poco parecido con el modelo de enfermedad humano. Si bien pueden ser válidos para modelos teóricos de estudio del virus, en la práctica no se ajustan a la situación real de un cuerpo humano. Para ello, se debe usar el cultivo en células del aparato respiratorio (HAE), del que se adjuntan en este informe modelos reales en los que éstas células reproducen a la perfección el tejido respiratorio del paciente y por tanto, son la mejor forma de evaluar la patogenia del enfermo, lo que ayudará a concluir con diagnósticos realistas y una gestión epidemiológica adecuada.***

Un informe realizado por los doctores Mark Bailey y John Bevan-Smith resulta muy esclarecedor para despertar conciencias. Expondré las conclusiones:

"El ensayo espera alentar una mayor investigación sobre la legitimidad de las metodologías empleadas por los virólogos establecidos, así como ***la aplicación incorrecta de la PCR en el diagnóstico clínico***. ***Si estos métodos anticientíficos continúan siendo ampliamente aceptados, es probable que veamos aún más "pandemias" sin fundamento, que requerirán aún más "vacunas", que continuarán indefinidamente como parte de la "nueva normalidad"***. De hecho, un fabricante ya está indicando sus planes "para desarrollar una vacuna combinada de ARNm 'para que las personas puedan recibir una inyección cada otoño para una protección de alta eficacia contra los virus respiratorios más problemáticos'".

No hay nada normal en que la industria farmacéutica y las organizaciones globalistas generen demanda de terapias génicas innecesarias a través del miedo y la creación de pseudopandemias. ***No hay nada normal con respecto a la censura sin precedentes del debate científico y la prevención de que los médicos brinden su consentimiento informado a sus comunidades***. Solo los más ingenuos creerían que en este entorno artificial, una camarilla de élites y una industria con un historial espantoso de herir y matar personas están haciendo del mundo un lugar más saludable para sus habitantes. Las tiranías van y vienen. ***Las fachadas científicas e ideológicas en las que se basa esta estafa provocarán su propia caída y, con su colapso***, un nuevo amanecer que todos heredaremos. Los tiranos ocultos, cuando

eventualmente emergen, son siempre recipientes desnudos y vacíos llenos de ideas de otras personas, librando una guerra contra los inocentes para esconderse de lo que les falta. Todavía no han aprendido que el control es un callejón sin salida o que lo que hace volar el espíritu humano no es más que la aceptación".

Asintomáticos

Dentro del discurso oficial la figura del asintomático (persona portadora de la enfermedad pero que no presenta síntomas), es primordial. Término que quizá, confunden con el de supercontagiodor. Ambos tienen el virus, pero en diferente cantidad, obviamente el de menor cantidad, no desarrollará síntomas y por tanto, o no contagia o lo hará muy poco. Dichos asintomáticos son los principales responsables de la transmisión del virus según esa versión, curiosamente, se ha demostrado que esa afirmación, también es incorrecta, unos dicen que no contagian (1) (2) (3); y otros, que la posibilidad existe, pero que siempre lo hacen en menor proporción que los sintomáticos (en algunos casos la diferencia de esa proporción es muy grande), lo cual ha sido reconocido por el propio Fauci: siempre son las personas sintomáticas las que conducen una epidemia. La información revisada indica que se han descrito casos de transmisión asintomática del SARS-CoV-2 aunque los datos disponibles muestran que la capacidad de estos individuos para transmitir la infección es siempre menor que la de los sintomáticos y presintomáticos; **se dispone de escasos datos sobre la tasa de transmisión de las personas realmente asintomáticas y se desconoce cuál es su papel en la dinámica de transmisión de la enfermedad**.

La OMS explica que es importante distinguir la transmisión a partir de aquellas personas infectadas que nunca desarrollan síntomas (transmisión asintomática) de la transmisión presintomática, que es aquella a partir de sujetos asintomáticos en el momento de la transmisión pero que desarrollarán síntomas más adelante. Afirma que las personas infectadas pueden transmitir la infección tanto si son sintomáticos como si no. Si bien hace referencia a varios estudios en los que está descrita la transmisión a partir de sujetos presintomáticos y sujetos con infección asintomática; también indica **que es difícil estudiar la transmisión desde sujetos asintomáticos** y que los estudios disponibles sugieren que los individuos asintomáticos tienen menos probabilidades de transmitir el virus que aquellos que desarrollan síntomas.

Científicos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, han desarrollado una investigación que muestra que los asintomáticos de coronavirus transmiten el virus pero que no son tan contagiosos como los que sí desarrollan síntomas. Concretamente, según su modelo, publicado en JAMA Network Open, los asintomáticos contagian un 25% menos.

Recojo también, la información que aporta una metaanálisis que trata de determinar la extensión de la infección asintomática y su potencial de transmisión en la población. Esta revisión incluyó 9 estudios con riesgo de sesgo bajo, con un total de 559 casos confirmados por RT-PCR de los que 83 eran asintomáticos.

Todos los casos tuvieron un seguimiento de al menos 7 días, para poder distinguir los casos asintomáticos de aquellos presintomáticos. Cuatro de estos estudios ofrecían una supuesta evidencia directa de la transmisión de casos asintomáticos, sugiriendo tasas más bajas que en los casos sintomáticos. Las tasas de transmisión de los casos asintomáticos oscilaban entre el 0 y el 2.2% (0,8-15.4% entre los sintomáticos).

En otro estudio, estudiaron a 455 contactos que estuvieron expuestos al portador asintomático del virus Covid-19. Se dividieron en tres grupos: 35 pacientes, 196 familiares y 224 personal hospitalario. Extrajeron su información epidemiológica, historias clínicas, resultados de exámenes auxiliares y esquemas terapéuticos. **No se detectaron infecciones por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) en los 455 contactos** mediante la prueba de ácido nucleico. **La conclusión a la que llegan es que la infectividad de los portadores asintomáticos del SARS-CoV-2 podría ser débil**.

En un estudio **realizado en la Universidad de California en San Francisco**, indican la presencia de **supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas", que están extendiéndose entre las personas "vacunadas", principalmente**. La investigación se basó en 1373 casos de personas que buscaron tratamiento en el área de la bahía de San Francisco, entre el 1 de febrero y el 30 de junio. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **quienes nunca desarrollan síntomas durante una infección "avanzada" son portadores de niveles muy bajos del virus, y por tanto no serían propagadores de éste**. En la misma línea van otro estudio que muestra que la tasa de transmisión **de personas asintomáticas es 20 veces menor que la de los pacientes sintomáticos** (que son examinados y aislados de todos modos, independientemente de su estado de vacunación), **por lo que la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, es significativamente menor que el 1%**.

Dr. Paul Elias Alexander:

Con respecto a la transmisión asintomática del Covid-19, no tenemos pruebas documentadas, ninguna evidencia documentada de que esto ocurra de manera apreciable.

Me refiero a evidencia confiable basada en un análisis riguroso. ***La propagación de cualquier patógeno ocurrirá con mayor seguridad cuando las personas estén enfermas con síntomas, especialmente si los síntomas funcionan para expulsar el patógeno al aire circundante. No tener síntomas o tener síntomas muy leves reduce el riesgo de propagación y, cuando no hay síntomas, la propagación se elimina básicamente***. Esto es lo mismo para el SARS-CoV-2, es decir, Covid-19.

Una publicación en The British Medical Jornal (BMJ) concluye que ***las personas asintomáticas y la transmisión rara vez son los factores que***

se pensaba que eran. Ésta es inmunología básica; no debería haber sido una sorpresa para nadie y no debería haber sido cambiado por el SARS-CoV-2 (Covid-19). No obstante, ***la amenaza de propagación asintomática se utilizó como un impulso clave para los cierres***.

Tuvimos políticos lunáticos de los ilógicos encierros del Covid, irracionales, histéricos y absurdos que ***llevaron a la población al miedo y al pánico total***. Sin embargo, ***no hubo evidencia***. No nos dieron datos. Fauci no nos dio pruebas. Digo enfáticamente que no hay evidencia de diseminación asintomática.

También reconozco que debo tener cuidado de no afirmar 'cero' ya que la evidencia cambia diaria y rápidamente, y la ausencia de evidencia documentada tampoco es una razón. En cambio, digo riesgo estadístico cero o probabilidad. Es posible que aún no se haya estudiado o documentado de manera óptima. Pero tengo la suficiente confianza, basándome en la literatura existente, como para estar de acuerdo también en que "***es una suposición peligrosa creer que existe evidencia científica persuasiva de transmisión asintomática". Hasta la fecha no hay ninguna***.

La tragedia es que la base de los bloqueos sociales fue la idea de que entre el 40% y el 50% de las personas infectadas con SARS-CoV-2 podrían propagarlo debido a que son asintomáticas. "Los temores de que el virus pueda ser propagado en un grado significativo por portadores asintomáticos pronto llevaron a los líderes gubernamentales a emitir órdenes de permanencia en casa amplias y prolongadas y mandatos de mascarillas ante la preocupación de que cualquiera pudiera ser un esparcidor silencioso". Sin embargo, ***la evidencia que respalda la propagación asintomática común sigue siendo en gran medida inexistente y, en mi opinión, exagerada y potencialmente sin fundamento***. De hecho, ***fuimos engañados y el engaño tuvo devastadoras consecuencias para la sociedad***. Muchas personas, incluidos niños, se suicidaron debido a los cierres de escuelas en todo el mundo.

¿Qué dice la evidencia? ¿Existe alguna evidencia que respalde su afirmación? Así es. Un estudio de revisión de alta calidad realizado por Madewell publicado en JAMA buscó estimar la tasa de ataque secundario del SARS-CoV-2 en los hogares y determinar los factores que modifican este parámetro. Además, los investigadores buscaron estimar la proporción de hogares con casos índice que tenían alguna transmisión secundaria. También compararon la tasa de ataque secundario doméstico del SARS-CoV-2 con la de otros virus graves y con la de contactos cercanos para estudios que informaron la tasa de ataque secundario tanto para contactos cercanos como domésticos. El estudio fue un metanálisis de 54 estudios con 77 758 participantes. Las tasas de ataque secundario representaron la propagación a personas adicionales, y ***los investigadores encontraron un riesgo 25 veces mayor dentro de los hogares entre las personas índice infectadas con síntomas positivos frente a las personas índice infectadas asintomáticas***. "Las tasas de ataques secundarios en el hogar aumentaron a partir de los casos índice sintomáticos (18 0%; IC del 95%, 14.2% -22.1%) que en los casos índice asintomáticos (0.7%; IC del 95%,

0% -4.9%)", escribieron. ***Este estudio mostró cuán rara era la propagación asintomática dentro de un entorno doméstico confinado***.

En un estudio de casi 2 millones de niños seguidos en la escuela en Suecia, se informó que, ***sin mandatos de mascarillas, hubo cero muertes por Covid y solo unos pocos casos de transmisión y hospitalización mínima***.

En el Reino Unido, el 'Grupo Asesor Científico para Emergencias' recomendó que "**priorizar las pruebas rápidas de personas sintomáticas probablemente tenga un mayor impacto en la identificación de casos positivos y en reducir la transmisión que las pruebas frecuentes de personas asintomáticas en un área de brote**".

Un estudio publicado en la revista Nature (que pensamos que habría informado adecuadamente el debate y puesto a descansar el concepto de propagación asintomática) ***no encontró casos de propagación asintomática de 'casos asintomáticos' positivos entre los 1174 contactos cercanos de los casos, según sobre una muestra base de 10 millones de personas***. ¡Entre todos! "No hubo pruebas positivas entre 1174 contactos cercanos de casos asintomáticos", informó.

Jeffery A. Tucker de AIER respondió de esta manera: "La conclusión no es que la propagación asintomática sea rara o que la ciencia sea incierta. ***El estudio reveló algo que casi nunca ocurre en este tipo de estudios. No hubo un solo caso documentado***. Olvídese de lo raro. Olvídese incluso de la sugerencia anterior de Fauci de que la transmisión asintomática existe pero no impulsa la propagación. Reemplaza todo eso con: nunca. Al menos no en este estudio para 10 000 000".

En otro estudio sobre la infectividad de los portadores asintomáticos del SARS-CoV-2 se llevó a cabo por Goa et al. Los investigadores observaron los **455 contactos que estuvieron expuestos al portador asintomático del virus Covid-19**. Se dividieron en tres grupos: 35 pacientes, 196 familiares y 224 personal hospitalario. "***No se detectaron infecciones por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) del síndrome respiratorio agudo severo en 455 contactos mediante la prueba de ácido nucleico***", informaron.

Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) también declaró que la propagación/transmisión asintomática de Covid-19 es rara. Una vez más, si bien es una rara declaración óptima y precisa de la OMS, todavía no eliminó el erróneo concepto. Este problema de la propagación asintomática sigue siendo uno de los problemas clave que se utilizan para forzar la "vacunación" en los niños. Sin embargo, la ciencia sigue siendo contraria a este mandato político propuesto. En una actualización que llegó 18 meses o más tarde, el 29 de junio 2021, **la OMS** recomienda no hacer **ninguna prueba de las personas asintomáticas**. Esto sucedió después de que se absorbieran billones de dólares de las economías y se perdieran muchas vidas debido a la pérdida de empleos y el cierre de sociedades y escuelas. Mucha gente incluso se suicidó debido a esta política de pruebas -no científica e ilógica- en personas asintomáticas.

Su conclusión es que fuimos muy engañados para generar miedo y pánico, de modo que la población cumpliera fácilmente con los cierres. ***Los conceptos engañosos de propagación asintomática, infección recurrente e igualdad de riesgo, independientemente del riesgo de línea de base estratificado por edad-riesgo, se utilizaron para impulsar el enmascaramiento y los bloqueos. Todos estos conceptos fueron promovidos sin evidencia*** y todos trabajaron juntos para devastar sociedades. ***Las declaraciones sobre la propagación asintomática*** propagadas por las Fuerzas de Trabajo de Covid de EE. UU. y sus asesores amantes de los encierros fueron engañosas y ***no se basaron en ninguna evidencia ni en ciencia***. Todo lo que lograron fue un daño devastador para las sociedades, las economías y la vida de los ciudadanos. Muchos no pudieron aguantarlo y se suicidaron.

Hay algo, quizá lo más importante, que no debemos de olvidar. Toda esta discusión sobre la figura del asintomático, también se basa en un test PCR, que en este caso, ha dado positivo, pero la persona en cuestión, no muestra síntomas. Como ha quedado sobradamente demostrado en el apartado anterior, ese método de diagnóstico, no es válido, por tanto, los resultados de los diferentes estudios que utilizan esos test, también son científicamente no válidos. ***Para poder asegurar que los asintomáticos existen realmente, primero habría que demostrar la existencia del virus y luego, disponer de otros métodos de diagnóstico, ya que los métodos actuales como el*** PCR (97% de error-97% de falsos positivos) ***presentan muy poca especificidad y fiabilidad. Por tanto, a día de hoy, creer en la figura del asintomático, también es un acto de fe*****.**

Por otro lado, ***la*** OMS ***ha reconocido que el virus no se ha encontrado en muestras de aire***. Como sabemos, es aceptado que el receptor que utiliza el virus para interactuar con la célula es el ACE2 y como demuestro más adelante, dichos receptores, no se expresan en los pulmones. También sabemos, que el virus no puede ser cultivado en células del alvéolo pulmonar (A549). En el pulmón sólo es posible cultivarlo en células de cáncer metastásico, y las células metastásicas no son específicas de pulmón. De igual forma, sabemos que ***la trasmisión por vía aérea (gotas y aerosoles) no está probada científicamente, lo cual sólo puede hacerse mediante cultivo y secuenciación de la muestra objeto del estudio, como reconocía el propio Ministerio de Sanidad español en la página 8 de la actualización de 12 de noviembre de 2020 de un*** documento ***de información científico-técnica acerca de Covid-19***. Otro detalle importante, es que la neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, ***tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se trasmite por*** vía aérea ***y que las mascarillas son inútiles para frenar la trasmisión***. La Dra.

Martínez Albarracín, afirma que: "La Covid-19 no es una enfermedad infecciosa sino autoinmune".

Como ha expresado la Dra. Karina Acevedo, el supuesto virus SARS-CoV-2 no es un virus propiamente "respiratorio". "***El receptor principal que utiliza, ACE2, y el coreceptor TMPRSS2, se encuentran en muy pocas células respiratorias, en los pulmones, solamente en neumocitos alveolares tipo 2 (son células especializadas no muy abundantes), y en el tracto respiratorio superior, hay una expresión reducida de ACE2 en el epitelio nasal***. En cambio, hay una alta expresión de ACE2 y de TMPRSS2 en riñones, vejiga e intestino. En ese sentido, 1) ***no tiene sustento científico el que personas sin sintomatología puedan contagiar a otros a través de hablar, cantar, o respirar, y 2) si hipotéticamente existiera podría llegar a haber infección del virus en algunas células respiratorias y replicación (generación de copias del virus) en ese tejido, pero no se compararía con lo que puede haber en otros órganos y tejidos (siempre y cuando sean ese el receptor y coreceptor que usa el virus; si resulta que usa otros, esa ya es otra historia)***. Hay otras células que expresan ACE2, entre ellos las células endoteliales (pared interna de los vasos sanguíneos), pero la patogenia normal del supuesto virus SARS-CoV-2 no lo lleva a esas células fácilmente. Entonces, ¿por qué los signos respiratorios? ***Porque la mayoría de los síntomas y signos clínicos de la supuesta Covid-19, se deben a*** desregulación ***del sistema inmune, que cuando ocurre puede afectar fácilmente el tracto respiratorio y ocasionar signos respiratorios***. Por eso los inmunomoduladores (ivermectina, hidroxicloroquina, CDS, Broncho-Vaxom, etc) han sido eficaces para tratar estos cuadros. Por otro lado, estando en época invernal (en el hemisferio norte), es común (y normal) que ocurran infecciones con el virus de la Influenza, con los cuatro coronavirus humanos estacionales, con cepas de adenovirus respiratorios y con diversas bacterias oportunistas, y todos causarán signos y síntomas similares".

Incluso a nivel casero, la transmisión del virus por cualquier vía, es muy escasa, además se ha comprobado que la transmisión en superficies cuenta con muy baja probabilidad de suceder.

Esa transmisión vía asintomáticos, fue la principal razón que utilizaron muchos gobiernos, por un lado, para encerrarnos en casa sin justificación científica (1) (2) (3) (se ha demostrado que **los encierros no solo no evitaron el contagio**, sino que **fueron** contraproducentes (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10 11) (12) (13), hasta tal punto, que según un reciente estudio, **los niños nacidos durante los encierros muestran deterioro en sus funciones cerebrales** o que incluso provocaron que **en Inglaterra se suicidaran** 5 veces más **niños de los que murieron por Covid**, o que los servicios de salud mental en Australia estén a niveles 'sin precedentes' en medio de los continuos bloqueos de Covid, o que a nivel internacional, haya un aumento sin precedentes del suicidio infantil (recordemos que cerraron colegios con el pretexto de un supuesto bien común, partiendo de la premisa de que eran focos de contagios y considerando a los niños como portadores peligrosos y, al igual que con todo lo demás, también en este caso se ha demostrado que fue un error, al no tener justificación científica

alguna que lo respaldara); por otro, para recomendarnos lo que llamaron "distanciamiento social" y que la ciencia también demostró que era erróneo (1) (2); y por último, para obligarnos a llevar mascarilla, lo cual, es un nuevo error, ya que no existe ninguna base científica que lo justifique, más bien lo contrario; no sólo no protege del contagio, sino que además es tremendamente peligrosa para el ser humano, pudiendo ocasionar graves problemas de salud, especialmente en niños. Más de 400 estudios constatan la falta de base científica de todas estas medidas.

Inutilidad de las medidas restrictivas y sus consecuencias

Casi todos los gobiernos han intentado medidas obligatorias para controlar el supuesto virus, pero ninguno de ellos puede afirmar que ha tenido éxito. ***La investigación indica que cosas como los mandatos de mascarillas o los cierres de escuelas, no han tenido un impacto perceptible en las trayectorias de los virus***.

Bendavid informó que "en el marco de este análisis, ***no hay evidencia de que intervenciones no farmacéuticas más restrictivas ('encierros') contribuyeran sustancialmente a doblar la curva de nuevos casos en Inglaterra, Francia, Alemania, Irán, Italia, los Países Bajos, España o Estados Unidos a principios de 2020***". Sabemos esto desde hace mucho tiempo, pero los gobiernos continúan redoblando, causando miseria a las personas con ramificaciones que probablemente tomarán décadas o más para reparar.

Los beneficios de los cierres y restricciones sociales han sido totalmente exagerados y los daños a nuestras sociedades y a los niños han sido graves: la enfermedad no diagnosticada que dará lugar a un exceso de mortalidad en los años venideros, depresión, ansiedad, ideación suicida en nuestros jóvenes, sobredosis de drogas y suicidios debido a las políticas de encierro, el aislamiento aplastante debido a los encierros, daños psicológicos, abuso doméstico e infantil, abuso sexual de niños, pérdida de empleos y negocios o la enorme cantidad de muertes resultantes de los bloqueos que tendrán un gran impacto en nuestra sociedad.

Se sabía que, supuestamente, nunca podríamos erradicar este virus mutable (que tiene un reservorio animal) con bloqueos y que probablemente se volvería endémico como otros coronavirus del resfriado común circulantes. Teóricamente, se sabia que un enfoque estratificado por riesgo de edad era óptimo (protección enfocada como se describe en la Declaración de Great Barrington) y no políticas de carta blanca cuando teníamos evidencia de una diferencia de 1000 veces en el riesgo de muerte entre un niño y una persona mayor. De igual forma, teóricamente, se sabía de la potencia y el éxito del tratamiento ambulatorio temprano para reducir el riesgo de hospitalización y muerte en los vulnerables.

Desde el principio quedó claro que los grupos de trabajo, los asesores médicos y los responsables de la toma de decisiones no estaban leyendo la evidencia, no estaban al tanto de la ciencia o los datos, no entendían la evidencia, no

'obtuvieron' la evidencia y estaban cegados con la ciencia sesgada, a menudo impulsados por sus propios prejuicios. Permanecen acomodados con descuidos y pereza académica. Estaba claro que la respuesta no era de salud pública. Fue político desde el primer día y continúa hoy.

Quizás Donald Luskin, del Wall Street Journal, captura mejor lo que hemos presenciado de manera estable desde el inicio de estos cierres de escuelas y cierres de escuelas no científicas: "Seis meses después de la pandemia de Covid-19, EE. UU. Ha llevado a cabo dos experimentos a gran escala en salud pública. Primero, en marzo y abril, el bloqueo de la economía para detener la propagación del virus, y segundo, desde mediados de abril, la reapertura de la economía. Los resultados están disponibles. Por contradictorio que pueda ser, ***el análisis estadístico muestra que bloquear la economía no contuvo la propagación de la enfermedad y reabrirla no desencadenó una segunda ola de infecciones***".

El Centro de la Columbia Británica de Control de Enfermedades (BCCDC) emitió un informe completo en septiembre de 2020 sobre el impacto del cierre de escuelas en los niños y encontró que: I) los niños comprenden una pequeña proporción de los casos diagnosticados de Covid-19, tienen enfermedades menos graves y la mortalidad es rara II) los niños no parecen ser una fuente importante de transmisión del SARS-CoV-2 en hogares o escuelas, un hallazgo que ha sido constante a nivel mundial III) existen diferencias importantes entre cómo se transmiten la influenza y el SARS-CoV-2. Los cierres de escuelas pueden ser menos efectivos como medida de prevención para Covid-19 IV) los cierres de escuelas pueden tener consecuencias graves y no deseadas para los niños y los jóvenes V) los cierres de escuelas contribuyen a un mayor estrés familiar, especialmente para las cuidadoras.

No hay evidencia concluyente que apoye las afirmaciones de que alguna de estas medidas restrictivas funcionaron para reducir la transmisión viral o las muertes. Los encierros fueron ineficaces, los cierres de escuelas fueron ineficaces, los mandatos de mascarillas fueron ineficaces y las mascarillas en sí mismas fueron y son ineficaces y dañinas.

Un estudio escrito por Jonas Herby, asesor especial del Centro de Estudios Políticos en Copenhague, Dinamarca; Lars Jonung, profesor emérito de economía de la Universidad de Lund, Suecia; y Steve H. Hanke, profesor de economía aplicada y fundador y codirector del Instituto Johns Hopkins de economía aplicada, salud global y estudio de empresas comerciales, ha concluido que ***los bloqueos globales han tenido un impacto mucho más perjudicial en la sociedad de lo que han producido ningún beneficio, y los investigadores insisten en que los cierres "están mal fundados y deben rechazarse como un instrumento de política pandémica***".

El enfoque del estudio, según los autores, fue "determinar si existe evidencia empírica para respaldar la creencia de que los 'bloqueos' reducen la mortalidad por Covid-19".

Los autores escribieron que "si bien este metanálisis concluye que ***los bloqueos han tenido poco o ningún efecto en la salud pública, han impuesto enormes costos económicos y sociales donde se han adoptado***".

Una carta al primer ministro del Reino Unido, Boris Johnson, y otros funcionarios del gobierno del Reino Unido, firmada por más de 130 profesionales médicos del Reino Unido, acusó al gobierno de manejar mal su respuesta a la pandemia de Covid, lo que resultó en un "***daño masivo, permanente e innecesario***" para el país.

Los autores acusaron a los funcionarios gubernamentales de ***no medir los daños de las políticas de confinamiento, de exagerar la amenaza del virus y de realizar pruebas masivas inadecuadas a los niños***.

Ellos escribieron:

"***Las pruebas repetidas de niños para encontrar casos asintomáticos que es poco probable que propaguen el virus, y tratarlos como una especie de riesgo biológico es dañino, no tiene ningún propósito de salud pública y debe detenerse***".

Los autores concluyeron:

"El enfoque del Reino Unido hacia la Covid ha fallado palpablemente. En el aparente deseo de proteger a un grupo vulnerable, los ancianos, ***las políticas implementadas han causado daños colaterales generalizados y desproporcionados a muchos otros grupos vulnerables, especialmente a los niños***".

La evidencia de los efectos desastrosos de los confinamientos en la salud física y mental de la población está a la vista de todos. ***Los*** daños ***son masivos, generalizados y duraderos. En particular, el impacto psicológico en una generación de niños en desarrollo podría durar toda la vida***.

Es por eso que ***las políticas de confinamiento nunca fueron parte de ninguna pandemia. Ha habido una*** ausencia ***tan inexplicable de consideración de los daños causados por la política de confinamiento que es difícil evitar la sospecha de que se trata de una evasión deliberada***. ***La introducción de dichas políticas nunca estuvo acompañada de ningún tipo de análisis de*** riesgo/beneficio***.***

La política parece haber estado dirigida ***a la exageración sistemática de la cantidad de muertes que pueden atribuirse a Covid***. ***Las pruebas se*** diseñaron ***para encontrar todos los 'casos' posibles en lugar de centrarse en las infecciones clínicamente diagnosticadas y los números de casos exagerados resultantes se transmitieron a los datos de muerte con un gran número de personas que mueren 'con Covid' y no 'de Covid' donde la enfermedad era la causa subyacente de la muerte***.

La política de publicar una cifra diaria de muertes significaba que ***la cifra se basaba completamente en el resultado de la prueba PCR sin aportes de los médicos tratantes***. Al incluir todas las muertes dentro de un período de tiempo posterior a una prueba positiva, no se excluyeron las muertes incidentales, con Covid, pero no debido a ella, ***lo que exagera la naturaleza de la amenaza***.

Además, en los titulares que reportan el número de muertes, no se incluyó una categorización por edad. La edad promedio de una muerte etiquetada como Covid es de 81 años para los hombres y 84 para las mujeres, más alta que la esperanza de vida promedio cuando nacieron estas personas.

Este es un hecho muy relevante para evaluar el impacto social de la pandemia. La muerte en la vejez es un fenómeno natural. ***No se puede decir que una enfermedad que afecta principalmente a los ancianos es la misma que*** afecta ***a todas las edades y, sin embargo, el mensaje del gobierno parece diseñado para hacer pensar al público que todos corren el mismo riesgo***.

Se pidió a los médicos que completaran los certificados de defunción sabiendo que la muerte del fallecido ya había sido registrada como una muerte por Covid por parte del Gobierno. ***Dado que sería virtualmente imposible encontrar*** evidencia ***que descartara categóricamente la Covid como un factor contribuyente a la muerte, una vez que el gobierno lo registrara como una "muerte por Covid", era inevitable que se incluyera como causa en el certificado de defunción***.

Siempre es difícil diagnosticar la causa de la muerte y la reducción de las autopsias habrá resultado inevitablemente en una mayor inexactitud. El hecho de que las muertes por causas ajenas a la Covid en realidad se movieron hacia un déficit sustancial (en comparación con el promedio) a medida que aumentaron las muertes etiquetadas como Covid (y esto se revirtió a medida que disminuyeron las muertes etiquetadas como Covid), es ***una*** evidencia ***sorprendente de la sobreatribución de las muertes a la Covid***.

La tasa general de mortalidad por todas las causas de 2015 a 2019 fue inusualmente baja y, sin embargo, estas cifras se han utilizado para comparar las cifras de mortalidad de 2020 y 2021, lo que ha hecho que el aumento de la mortalidad parezca sin precedentes. Las comparaciones con datos de años anteriores habrían demostrado que ***la tasa de mortalidad de 2020 se superó todos los años antes de 2003 y, como resultado,*** no es excepcional.

Incluso ahora, ***los casos de Covid y las muertes continúan*** agregándose ***al total existente sin el rigor adecuado, de modo que los totales generales crecen cada vez más y*** exageran ***la amenaza***. No se ha hecho ningún esfuerzo por contar los totales en cada temporada de invierno por separado, lo cual es una práctica estándar para todas las demás enfermedades.

Continuó adoptando publicidad de alta frecuencia a través de publicaciones y medios de difusión para aumentar el impacto de los "mensajes de miedo". El

costo de esto no se ha publicado ampliamente, pero los sitios web de adquisiciones del gobierno revelan que es inmenso: cientos de millones de libras.

La retórica de los medios y el gobierno ahora está pasando a la idea de que la "Covid persistente" va a causar una gran morbilidad ***en todos los grupos de edad, incluidos los niños, sin discutir la normalidad de la fatiga posviral que dura más de 6 meses***. Esto se suma al ***miedo público a la enfermedad, fomentando la vacunación entre aquellos que tienen muy pocas probabilidades de sufrir efectos adversos de Covid***.

La propagación ***de una narrativa de*** miedo ***deliberada*** (confirmada a través de documentación gubernamental de acceso público) ***ha sido desproporcionada, dañina y contraproducente***. Solicitamos que cese de inmediato.

Para dar solo un ejemplo, ***las políticas de cobertura*** facial ***del gobierno parecen haber sido impulsadas por el asesoramiento de la*** psicología ***del comportamiento en relación con la generación del nivel de miedo necesario para el cumplimiento de otras políticas***.

Esas políticas no parecen haber sido impulsadas por razones de control de infecciones, porque ***no hay pruebas*** sólidas ***que demuestren que cubrirse la cara*** (en particular, mascarillas quirúrgicas estándar o de tela) ***sea*** eficaz ***contra la transmisión de patógenos respiratorios en el aire***. El uso prolongado corre el ***riesgo de convertirse en un comportamiento de seguridad*** arraigado***, que en realidad impide que las personas vuelvan a la normalidad porque atribuyen*** erróneamente ***su seguridad al acto de usar mascarillas en lugar del riesgo remoto, para la gran mayoría de las personas sanas menores de 70 años, de contraer el supuesto virus y enfermarse gravemente con Covid***.

La mutación ***de cualquier virus nuevo en cepas más nuevas, especialmente cuando se encuentra bajo presión de selección debido a restricciones anormales en la mezcla y la vacunación, es normal,*** inevitable ***y no es algo por lo que preocuparse.***

Está bien establecido ***que la*** propagación asintomática nunca ha sido un factor importante ***de una pandemia de enfermedades respiratorias*** y nos oponemos a sus constantes mensajes que implican esto, lo que debería cesar de inmediato.

En la gran mayoría de los casos las personas sanas son sanas y no pueden transmitir el virus ***y solo se debe*** aislar ***a las personas enfermas con síntomas***.

Ahora se reconoce indiscutiblemente que la prueba PCR, ampliamente utilizada para determinar la existencia de 'casos', ***no puede detectar de manera confiable la infecciosidad***. La prueba no puede discriminar entre aquellos en quienes la presencia de fragmentos de material genético que coinciden

parcialmente con el virus es incidental (quizás debido a una infección anterior), representa una infección activa o es indicativo de infecciosidad.

Las pruebas repetidas ***de niños para encontrar casos asintomáticos que probablemente no propaguen el virus, y tratarlos como si fueran una especie de riesgo biológico es*** dañino***, no tiene ningún propósito de salud pública y debe detenerse***.

En relación con la campaña de "vacunación" se han vulnerado ***una serie de principios de buena práctica médica y normas éticas*** hasta entonces intachables, por lo que en la mayoría de los casos se ***debe*** dudar seriamente ***de que el consentimiento obtenido pueda considerarse realmente como "plenamente informado"*** por varios motivos:

El uso de la coerción respaldada por una campaña mediática sin precedentes para persuadir al público de que se "vacune", incluidas las amenazas de discriminación, ya sea respaldada por la ley o fomentada socialmente, por ejemplo, en cooperación con plataformas de redes sociales y aplicaciones de citas.

La omisión de información que permite a las personas tomar una decisión completamente informada, especialmente en relación con la naturaleza experimental de los agentes de la "vacuna", riesgo de Covid de fondo extremadamente bajo para la mayoría de las personas, ocurrencia conocida de efectos secundarios a corto plazo y efectos desconocidos a largo plazo.

Profundizando un poco más sobre las medidas restrictivas:

Un estudio de la Universidad Johns Hopkins mostró que ***los bloqueos no solo no tuvieron ningún efecto en las tasas de mortalidad, sino que demostraron tener graves consecuencias negativas***. "***Si bien este metanálisis concluye que los bloqueos han tenido poco o ningún efecto en la salud pública, han impuesto enormes costos económicos y sociales donde se adoptaron***", afirma el estudio. "***En consecuencia, las políticas de confinamiento están mal fundamentadas y deben rechazarse como un instrumento de política pandémica***".

Una investigación de la organización benéfica Sense about Science, cuyo objetivo es mejorar el uso de la ciencia en las políticas públicas, afirma que ***la actitud de arriba hacia debajo de los gobiernos ante la pandemia de Covid-19 puede haber obstaculizado la capacidad de respuesta del público e incluso causado daños innecesarios***.

La investigación utilizó testimonios de testigos expertos combinados con nuevas encuestas de población para analizar el impacto del enfoque y las comunicaciones de los gobiernos durante la pandemia. Encontró que, ***en lugar de empoderar a las personas para que tomen decisiones sensatas basadas en el riesgo y el conocimiento sobre la pandemia, el gobierno optó por centrarse en***

lemas simplistas, como "manos, cara, espacio" y reglas universales estrictas.

Al centrarse en mensajes tan paternalistas, los gobiernos a veces engañaron al público, por ejemplo, ***haciéndoles creer que su riesgo de infección era más alto de lo que realmente era*** (la investigación señala que esto es particularmente cierto en el caso de los niños y los jóvenes). En ***un intento para*** aumentar ***el cumplimiento de las reglas, incluso después de que la evidencia mostrara una gran disparidad en el riesgo para los diferentes grupos de edad, los gobiernos siguieron dando a entender que Covid no discriminaba***.

Esto significó que ***los grupos de menor riesgo, como los niños, estuvieran sujetos a restricciones estrictas y dañinas, cuyo impacto podría haberse reducido o evitado***. También significó que ***los recursos no se asignaron adecuadamente a quienes estaban en mayor riesgo***. Como tal, ***no se tuvo en cuenta el costo de las diferentes intervenciones, lo que debería ser una práctica estándar para las decisiones políticas***.

Los escenarios de modelado, por ejemplo, ***no*** consideraron ***el daño del cierre de escuelas y, por lo tanto, no consideraron las estrategias*** óptimas ***para mantener a los niños en la escuela***. ***Los gobiernos no comunicaron de manera*** efectiva ***la lógica detrás de tales decisiones políticas, sino que simplemente*** emitieron ***decretos generales, algo que perjudicó la capacidad de las personas para juzgar adecuadamente los riesgos***. ***En los primeros meses de la pandemia, la investigación*** encontró ***que el 60% de las políticas se establecieron en comunicados de prensa, en lugar de documentos de políticas, y alrededor del 90% no proporcionó un vínculo claro con la evidencia disponible detrás de las decisiones políticas***.

Los hallazgos del informe no son sorprendentes. Desde los primeros días de la pandemia, ha sido evidente que, en lugar de seguir el enfoque estándar de comunicación y empoderamiento de la salud pública, los gobiernos optaron por el paternalismo y el autoritarismo. ***En lugar de*** dotar ***a la población de la información y los recursos necesarios para protegerse de la Covid-19 (incluido un pago por enfermedad adecuado), con especial atención a los más vulnerables, los gobiernos,*** eligieron ***un camino de restricciones, castigos y criminalización para todos***.

Algo que se vio muy afectado por los encierros fue la salud mental de las personas:

Durante la supuesta pandemia del coronavirus de Wuhan (Covid-19), los gobiernos de todo el mundo aplicaron muchas medidas draconianas, como cierres y pasaportes de "vacunas", para frenar la propagación del coronavirus. Sin embargo, los estudios muestran ***que los encierros pueden haber causado más daño que bien, especialmente a la salud mental de personas de todas las edades que han tenido que pasar tiempo en aislamiento social***.

El aislamiento social o "la ausencia o casi ausencia de conexiones o relaciones sociales" y la soledad son malos ***para nuestro bienestar***. Las investigaciones apuntan a ***una conexión entre vivir en aislamiento social y problemas de salud como ansiedad, depresión, inmunidad disminuida y varias respuestas de estrés físico***.

Según un estudio publicado en la revista Neurology, ***el aislamiento social puede incluso dañar el cerebro y aumentar el riesgo de*** demencia.

Para el estudio, los investigadores utilizaron datos recopilados de 30 000 participantes en el Biobanco del Reino Unido.

Después de examinar los datos, descubrieron que ***las personas socialmente aisladas tenían un 26% más de probabilidades de desarrollar demencia que las personas socialmente activas. Las personas mayores de 60 años son las*** más ***afectadas***.

La depresión también se relacionó con la demencia posterior en este estudio, pero el vínculo no fue tan significativo como lo fue con el aislamiento social. Esto significa que ***aunque el aislamiento social puede causar depresión***, no es la depresión la que puede conducir a la demencia. ***El aislamiento social en sí mismo es un*** factor de riesgo ***para la demencia y afecta negativamente la salud del cerebro***.

Los resultados de un estudio de 2021 también concluyeron que ***el aislamiento social forzado que afectó a muchos individuos durante la pandemia provocó un efecto dominó de repercusiones en materia de salud mental***. Los científicos examinaron a los pacientes y sus cuidadores, junto con el impacto del aislamiento social y encontraron que:

- Más del 50% de los pacientes con demencia experimentaron una disminución en la función de la memoria
- Más del 30% de los pacientes se sentían más tristes
- Al menos el 40% experimentó un aumento en sus síntomas de ansiedad

El aumento de los síntomas de ansiedad provocó ***un aumento de los síntomas de demencia, como agitación, alucinaciones y dificultad en las actividades de la vida diaria***.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) hicieron referencia a varios estudios que destacan los riesgos para la salud relacionados con el aislamiento social en adultos mayores de 50 años.

Los estudios revelaron que ***el aislamiento social puede*** aumentar ***el riesgo de***:

- ***Ansiedad, depresión y suicidio***
- ***Accidente cerebrovascular en un 32%***

- ***Demencia en un 50%***
- ***Enfermedad cardíaca en un 29%***
- ***Muerte prematura por todas las causas***

Los pacientes con insuficiencia cardíaca que estaban socialmente aislados tenían:

- ***Un aumento de cuatro veces en el riesgo de muerte***
- ***Aumento del riesgo de hospitalización en un 68%***
- ***Aumento del riesgo de visitas a la sala de emergencias en un 57%***

De igual forma, un estudio de Clalit Health Services descubrió que los bloqueos de Covid-19 tuvieron un impacto psiquiátrico devastador en los israelíes. El estudio revisó 771 636 expedientes médicos de residentes de Jerusalén y el centro de Israel. Descubrió que ***durante los períodos de confinamiento hubo un enorme aumento del*** 60% ***en los pacientes que padecían trastornos psiquiátricos en comparación con 2019***. También encontró un ***aumento del 14% en pacientes con enfermedades cardiovasculares, un aumento del 8% en pacientes obesos, un aumento del 7% en pacientes fumadores y un aumento del 6% en pacientes con presión arterial alta***.

Esto se produce después de un informe de Ha'aretz que advierte sobre ***una "pandemia psiquiátrica" debido al duro impacto psiquiátrico de los bloqueos y cuarentenas, particularmente en niños y adolescentes***.

"***Hay un aumento en la ideación suicida, y aunque no hay una indicación clara de suicidios reales, hay un aumento evidente en la ideación, la intención o el comportamiento suicida"***, dijo el psicólogo Yaakov Ophir a Ha'aretz. Ophir, quien es investigador asociado en el Technion-Israel Institute of Technology, dijo que dado que ***los niños no se ven*** afectados ***por Covid-19, no deberían tener que estar aislados***. "***Cuando usamos medidas colectivas agresivas, sin*** distinguir ***a los niños de las personas en riesgo, metemos a nuestros niños en una olla a presión y creamos una situación realmente peligrosa para ellos. Es hora de que esto*** termine***, y deberíamos haberlo hecho hace mucho tiempo***".

A este respecto, investigadores de la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) descubrieron que ***la ideación suicida*** aumentó ***significativamente durante el período de dos años en que los gobiernos canadienses infligieron bloqueos draconianos a los residentes***.

La investigación se publicó en mayo y se basó en una encuesta realizada entre el 1 de febrero y el 7 de mayo de 2021. Los investigadores de PHAC encontraron casi el doble ***de tendencias suicidas en 2021, en comparación con los hallazgos previos al confinamiento***.

La ideación suicida, un sentimiento o deseo de autolesionarse, pasó del 2.7% ***entre los adultos en 2019 al* 4.2% *en 2021***.

Sarah Kennell, directora nacional de políticas públicas de la Oficina Nacional de la Asociación Canadiense de Salud Mental, dijo: "Lamentablemente, esa información no nos sorprende. Hemos estado realizando una investigación similar en colaboración con la Universidad de Columbia Británica, y los datos ciertamente resuenan".

Entre los trabajos que analizaron las consecuencias de los confinamientos se encuentra el realizado por Virat Agrawal, Jonathan H. Cantor, Neeraj Sood y Christopher M. Whaley, que fue publicado por el National Bureau of Economic Research de Estados Unidos.

En el estudio se utilizaron los datos de 43 países que aplicaron políticas de confinamiento y de los 50 estados de Estados Unidos. "El uso del exceso de muertes como resultado clave permite captar tanto la potencial reducción de las muertes por Covid-19 como el potencial aumento de las muertes no relacionadas con Covid. Además, utilizar el exceso de muertes, en lugar de las muertes confirmadas por Covid-19, también despeja las preocupaciones sobre la clasificación precisa de las muertes por Covid-19".

"***En ambos casos, no encontramos que las políticas de refugio en el lugar (SIP, por sus siglas en inglés) hayan salvado vidas. Por el contrario, hallamos una asociación positiva entre estas políticas y el exceso de muertes", advierten. Los autores del estudio no sólo comprobaron que tras la aplicación de las políticas SIP, el exceso de mortalidad aumenta sino que en la comparación internacional el aumento del exceso de mortalidad es estadísticamente significativo en las semanas inmediatas a la aplicación del SIP***.

Los resultados de este trabajo estadounidense marcan una tendencia que se repite en otras partes del mundo y que ha quedado reflejada en las estadísticas. En Reino Unido, por ejemplo, un artículo publicado en "The Times" el 23 de agosto da cuenta de que "**las muertes por todas las causas han estado por encima de la media de cinco años durante 12 semanas consecutivas, pero el coronavirus representa una proporción cada vez menor de las muertes a medida que pasan las semanas**".

Según subraya la autora de la publicación, el costo oculto de la pandemia y los daños colaterales del encierro están quedando claros en las estadísticas oficiales: "Las muertes en Escocia llevan meses por encima de la media, a pesar del descenso del Covid-19, ya que cada vez hay más personas que mueren en casa por infartos, accidentes cerebrovasculares y abuso de sustancias".

La pandemia se sumó a la carga de los trastornos depresivos y de ansiedad en más de 200 países el año pasado, según muestra un nuevo estudio, que dice que el impacto de la Covid-19 ha aumentado el número de personas deprimidas en casi un tercio.

Si bien "los trastornos mentales eran las principales causas de la carga mundial relacionada con la salud", incluso antes de la pandemia, las medidas restrictivas que se tomaron han aumentado considerablemente la carga, según un estudio publicado en la revista médica The Lancet.

Para medir el impacto de la pandemia en un área determinada, el equipo analizó las tasas diarias de positivos en SARS-CoV-2, las restricciones a la movilidad humana y las tasas diarias de exceso de mortalidad. Resultó que las ubicaciones más afectadas según los dos primeros criterios correspondían a aquellas con un pico documentado de trastornos depresivos y de ansiedad, y el estudio concluyó que ***el aumento de los positivos en Covid y la disminución de la movilidad están "significativamente asociados" con el empeoramiento de la salud mental***.

El estudio también descubrió que la salud mental de las mujeres se vio más afectada por la pandemia que la de los hombres. Las personas más jóvenes se vieron más afectadas que los grupos de mayor edad, ya que sufrieron la falta de interacción con los compañeros después del cierre de las escuelas y la implementación de otras restricciones sociales.

Ya un informe preliminar publicado por el American Institute for Economic Research en noviembre del año pasado enumeraba los costos de los confinamientos y los daños que produjeron los cierres de negocios y escuelas, las restricciones a realizar reuniones, la suspensión de eventos artísticos y deportivos, las restricciones a los servicios médicos y las intervenciones en la libertad de circulación.

El documento incluye un listado de las consecuencias de estas medidas a distintos niveles que vale la pena reproducir para entender la magnitud de los daños:

- *Salud mental*

En Estados Unidos se produjeron más de 81 000 muertes por sobredosis en los 12 meses que terminaron en mayo de 2020, la cifra más alta jamás registrada en un periodo de 12 meses. A finales de junio de 2020, el 40% de los adultos de EE.UU. declararon tener problemas de salud mental o de abuso de sustancias. De los adultos encuestados, el 10.7% tuvo pensamientos suicidas frente al 4.3% de 2018. Los síntomas de ansiedad declarados fueron tres veces más altos que en el segundo trimestre de 2019 y los síntomas de depresión fueron cuatro veces más altos que en el segundo trimestre de 2019. De los individuos de 18 a 24 años, el 25.5% consideró el suicidio. Entre abril y octubre, la porción de consultas de emergencia relacionadas con la salud mental para los niños (5-11) aumentó un 24% y un 31% para los jóvenes de 12-17 años en comparación con 2019. A finales de junio, el 13% de los encuestados afirmó haber iniciado o aumentado el consumo de sustancias para hacer frente a la pandemia. Las muertes por sobredosis relacionadas con los opioides sintéticos aumentaron un 38,4% en el período de 12 meses hasta junio de 2019 en comparación con el período de 12 meses hasta mayo de 2020. Aproximadamente uno de cada tres individuos experimentó síntomas de depresión entre leves y graves durante los

confinamientos. Los ingresos y las derivaciones a los servicios de salud mental disminuyeron tras el confinamiento.

- *Hambre y pobreza*

El hambre causada por la pandemia es responsable de la muerte de 10 000 niños. Aproximadamente 20 millones más de niños (67 millones en total) padecerán emaciación (debilitamiento del cuerpo por enflaquecimiento) en los primeros 12 meses de la pandemia. El número de personas desnutridas en el mundo puede aumentar de 690 a 822 millones de personas. La tasa de inseguridad alimentaria de 2018 a mediados de 2020 se ha duplicado con creces (del 14% al 32%) en los hogares con niños. Entre el 9% y el 14% de los padres informan de que sus hijos no tuvieron suficiente para comer porque no pudieron pagar la comida. Solo en marzo de 2020, los bancos de alimentos repartieron un 20% más de comida que en un mes medio. Las interrupciones de los servicios de alimentación escolar inducidas por Covid-19 aumentaron las experiencias de inseguridad alimentaria de los hogares, incrementando la probabilidad de saltarse una comida en 9 puntos porcentuales y la probabilidad de pasar un día entero sin comer en 3 puntos porcentuales. Entre 88 y 115 millones de personas caerían en la pobreza extrema en 2020. El total podría aumentar a 150 millones en 2021. Entre el 25 de marzo y el 10 de abril de 2020, casi un tercio de los adultos (31.0%) informó que sus familias no podían pagar el alquiler, la hipoteca o las facturas de los servicios públicos, estaban en situación de inseguridad alimentaria o se quedaron sin atención médica debido al costo. El 52% de los jóvenes estadounidenses de 18 a 29 años viven con sus padres en julio de 2020 (47% en febrero), una cifra récord de datos disponibles que supera el 48% que vivía con sus padres en 1940 (durante la Gran Depresión). Entre el 25 de marzo y el 10 de abril de 2020, el 41.5% de los adultos no ancianos declararon haber perdido el empleo, haber reducido las horas de trabajo o tener menos ingresos a causa del Covid-19. A partir de marzo de 2020 se produjo un importante descenso del empleo y de los ingresos en los países de renta media y baja. Los hogares experimentaron un descenso de los ingresos de entre el 8 y el 87%.

- *Desempleo*

La tasa de desempleo en Estados Unidos aumentó al 14.7% en abril de 2020. Se trata de la mayor tasa de aumento (10.3%) y el mayor incremento intermensual en la historia de los datos disponibles (desde 1948). Las madres de niños de 12 años o menos perdieron 2.2 millones de puestos de trabajo entre febrero y agosto de 2020 (caída del 12%), mientras que los padres de niños pequeños perdieron 870 000 empleos (caída del 4%). Una de cada cuatro mujeres encuestadas declaró que su pérdida de empleo se debía a la falta de cuidado de los niños.

- *Educación*

Alrededor de 24 millones de niños podrían abandonar la escuela en 2021 como resultado del impacto económico del confinamiento. Se constata una pérdida estimada de 13.8 millones de años de vida según los datos de los estudios

estadounidenses debido al cierre de las escuelas primarias de este país. Se perdieron 30 806 puestos de trabajo mediante pasantías (una disminución del 52%) entre el 9 de marzo y el 13 de abril de 2020 en Estados Unidos. Entre el 9 de marzo y el 13 de abril de 2020, las pasantías en el sector de viajes y turismo cayeron un 92%; las de informática, un 76%; las de arquitectura e ingeniería, un 65%; y las de telecomunicaciones, un 65%. Las pasantías de contabilidad y derecho fueron las que menos cayeron: un 22%. La participación en la educación preescolar cayó bruscamente del 71% antes de la pandemia al 54% durante la misma; el descenso fue más pronunciado para los niños pequeños en situación de pobreza.

- *Atención sanitaria*

A 10 semanas del confinamiento, 2.1 millones de personas en el Reino Unido estaban a la espera de un examen de cáncer de mama, cuello de útero o intestino. El diagnóstico de 6 tipos de cáncer (mama, colorrectal, pulmón, páncreas, gástrico y esofágico) ha disminuido un 46.4% para agosto de 2020 en comparación con 2018. El diagnóstico de cáncer de páncreas disminuyó un 24.7% en agosto de 2020 en comparación con 2018. El diagnóstico de cáncer de mama se redujo en Estados Unidos un 51.8% en agosto de 2020 en comparación con 2018. El Registro de Cáncer de los Países Bajos ha visto hasta un 40% de disminución en la incidencia semanal del cáncer. Antes de la Covid, la Universidad Médica de Carolina del Sur pasó de 20 llamadas diarias relacionadas con accidentes cerebrovasculares (o 550 al mes) a unas nueve a mediados de abril de 2020. Las derivaciones por cáncer (presunto) en el Reino Unido disminuyeron un 75% desde que se aplicaron las restricciones de Covid-19 hasta agosto 2020. En Italia, los procedimientos de diagnóstico cardiológico disminuyeron un 56%, las Intervenciones coronarias por vía percutánea un 48%, las intervenciones estructurales un 81%. Las internaciones para quimioterapia en Reino Unido disminuyeron un 45-66%, mientras que las derivaciones urgentes para el diagnóstico precoz del cáncer disminuyeron un 70-89%. Durante el mes de abril de 2020, las consultas semanales a los servicios de urgencias disminuyeron un 42% respecto de la media del año anterior. Las tasas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer/demencia se duplicaron entre el 21 de marzo y el 11 de abril y entre el 6 de junio y el 25 de julio. Las notificaciones de casos de tuberculosis disminuyeron significativamente en todo el mundo, en un 25-30% en los países afectados (India, Indonesia, Filipinas). 69 estudios encuentran un cambio en el patrón de las pruebas de detección de cáncer, los diagnósticos, las listas de espera y los tratamientos relacionados con las restricciones durante la pandemia, 14 encuentran un aumento en la presentación de cáncer en etapa tardía. Los paros cardíacos asociados a sobredosis aumentaron alrededor de un 40% en Estados Unidos en 2020. Las internaciones para los principales grupos de enfermedades no Covid-19 disminuyeron durante los confinamientos en Estados Unidos en comparación con el período de referencia prepandémico.

- *Delitos*

Durante los primeros seis meses de 2020 los homicidios aumentaron un 14.8%, y los delitos de agresión con agravantes aumentaron un 4.6% en Estados Unidos.

Los delitos contra la propiedad disminuyeron un 7.8%; excepto los robos de vehículos, que aumentaron un 6.2%. Los incendios provocados en Estados Unidos aumentaron un 19.2% en los primeros seis meses de 2020 en comparación con el mismo periodo del año anterior; y aumentaron un 52.1% en las ciudades con una población de 1 000 000 o más. Entre junio y agosto de 2020 los homicidios aumentaron un 53% y los asaltos agravados un 14% en comparación con el mismo periodo de 2019. Un informe de la organización Refuge del Reino Unido dedicada al abuso doméstico mostró un aumento del 25% en las llamadas realizadas a la línea de ayuda desde el inicio de los confinamientos.

- *Gastronomía*

Los datos hasta septiembre de 2020 indican que los restaurantes gastaron en Estados Unidos 7400 dólares adicionales en equipos de protección del personal y protocolos de seguridad mejorados (formación, limpieza, plexiglás, etc.) que el 66% de los negocios tardarán 6 meses en recuperar. El sector gastronómico perderá 240 000 millones de dólares en ingresos y 8 millones de empleados en 2020 en Estados Unidos. El 86% de los restaurantes en Estados Unidos redujeron la plantilla en 2020 debido al Covid-19; mientras que se anticipaba que el 40% de los restaurantes cerrarían para marzo de 2021.

Es importante recordar, con repecto a lo expresado anteriormente, que desde el comienzo de la implementación de las cuarentenas hubo científicos de prestigio y con larga trayectoria que advirtieron de los profundos daños que estas cuarentenas causarían. Sin embargo, no sólo no fueron escuchados, sino que se buscó desacreditarlos por todos los medios. Mientras tanto, las medidas se prolongaban pese a que los efectos colaterales eran esperables y se hicieron cada vez más evidentes.

Uno de esos científicos es el Dr. Knut Wittkowski (epidemiólogo), que ha hablado sobre el daño excesivo que él cree que han causado los bloqueos a raíz de la pandemia declarada de Covid. Knut Wittkowski es el ex director de Bioestadística, Epidemiología y Diseño de Investigación en el Centro de Ciencias Clínicas y Traslacionales de la Universidad Rockefeller, así como el fundador y director ejecutivo del desarrollador de fármacos Asdera, LLC. Wittkowski habló a principios de 2020 sobre lo que creía que era defectuoso en el enfoque para lidiar con la situación viral.

Su posición entonces, como es ahora, es que no deberían haberse implementado medidas generalizadas debido a lo que sus décadas de experiencia le han dicho sobre la actividad de los virus. En 2020, Wittkowski dijo que "***lo único que detiene la enfermedad es la inmunidad colectiva***".

"Si aplanas la curva, estás prolongando el período que lleva hasta que tengamos lo único que detiene la enfermedad, y eso es la inmunidad colectiva… Tenemos que esperar a que la naturaleza siga su curso, así que si aplanas la curva lleva más tiempo, pero no hay alternativa…"

Agregó que ***la inmunidad colectiva se puede lograr mediante vacunas, pero no es aconsejable con una epidemia debido al tiempo que llevaría hacer una "vacuna" efectiva***. Mientras tanto, no se necesitan más de 6 semanas para que termine una epidemia, explicó.

En su opinión, ***al*** extender ***el tiempo que un virus tiene para propagarse, en realidad creas la oportunidad de que haya múltiples*** oleadas ***de enfermedades que de otro modo no habrían ocurrido***.

"La típica epidemia… se acaba en seis semanas, digamos", dijo. "Y esas seis semanas no son tiempo suficiente para que el virus se vuelva resistente a la inmunidad".

"***Para*** deshacernos ***de una epidemia de enfermedad de un virus que se está propagando naturalmente, si estamos aplanando la curva, estamos*** prolongando ***la propagación, estamos entrando en un estado que la naturaleza no había previsto***… Somos responsables de lo que está sucediendo… una ola tras otra... Este es el conocimiento epidemiológico estándar".

"La epidemia habría tomado un curso muy diferente. …Solo quizá el 10% de las personas que realmente murieron hasta ahora habrían muerto si los bloqueos hubieran terminado".

El científico dijo que ***es peligroso que cualquier mitigación continúe, ya que retrasa una inmunidad completa y duradera***. "Una epidemia de virus es como una marea: viene y podemos dirigir un poco… ¿Podemos detener la marea? No. Lo mismo se aplica a las enfermedades virales. Sí, podemos proteger a las personas vulnerables... pero no podemos detener la epidemia. Esto es tan imposible como detener la marea".

Donald Henderson, quien murió en 2016, era un gigante en el campo de la epidemiología y la salud pública. También fue un hombre cuyas advertencias proféticas de 2006 decidimos ignorar en marzo de 2020.

En 2006, Henderson y sus colegas del Centro para la Seguridad de la Salud de la Universidad de Pittsburgh, publicaron un artículo histórico.

Este documento revisó lo que se sabía sobre la efectividad y la factibilidad práctica de una variedad de acciones que podrían tomarse en un intento por disminuir el número de casos y muertes como resultado de una pandemia de virus respiratorio. Esto incluyó una revisión de las medidas de bioseguridad propuestas, que luego se utilizaron por primera vez durante Covid, tales como "cuarentena a gran escala o en el hogar de personas que se cree que estuvieron expuestas, restricciones de viaje, prohibiciones de reuniones sociales, cierre de escuelas, mantenimiento de la distancia personal y el uso de mascarillas".

Incluso suponiendo una tasa de letalidad (CFR) del 2.5%, aproximadamente igual a la gripe española de 1918 pero mucho más alta que la CFR de Covid,

Henderson y sus colegas concluyeron ***que estas medidas de mitigación harían mucho más daño que bien***.

Descubrieron que ***la estrategia más útil sería aislar a las personas sintomáticas (pero no a las que simplemente habían estado expuestas) en el hogar o en el hospital***, una estrategia que había sido durante mucho tiempo parte de la salud pública tradicional.

También advirtieron contra la dependencia de modelos informáticos para predecir los efectos de intervenciones novedosas, advirtiendo que: "***Ningún modelo, sin importar cuán precisas sean sus suposiciones epidemiológicas, puede iluminar o predecir los efectos secundarios y terciarios de medidas particulares de mitigación de enfermedades***". Además, "***si se aplican medidas particulares durante muchas semanas o meses, los efectos a largo plazo o*** acumulativos ***de segundo y tercer orden podrían ser devastadores social y económicamente***".

Con respecto a las cuarentenas forzadas de grandes poblaciones, los autores señalaron que "***no hay observaciones históricas ni estudios científicos que respalden el confinamiento por cuarentena de grupos de personas posiblemente infectadas***", y concluyeron:

"***Las consecuencias negativas de la cuarentena a gran escala son tan extremas*** (confinamiento forzado de personas enfermas con el pozo; restricción total del movimiento de grandes poblaciones; dificultad para hacer llegar suministros críticos, medicamentos y alimentos a las personas dentro de la zona de cuarentena) ***que esta mitigación la medida debe ser eliminada de una consideración seria***".

Asimismo, encontraron que "***las restricciones de viaje, como cerrar aeropuertos y controlar a los viajeros en las fronteras, han sido históricamente ineficaces***". Argumentaron que ***el distanciamiento social también era poco práctico e ineficaz***.

Los autores señalaron que durante epidemias de influenza anteriores, los grandes eventos públicos se cancelaron ocasionalmente; sin embargo, ***no*** encontraron ***evidencia "de que estas acciones hayan tenido un efecto definitivo sobre la gravedad o la duración de una epidemia***", y argumentan que "***cerrar teatros, restaurantes, centros comerciales, grandes tiendas y bares… tendría graves consecuencias perjudiciales***". ***La revisión presentó evidencia clara de que el cierre de escuelas resultaría ineficaz y enormemente dañino. Tampoco encontraron evidencia de la utilidad de las mascarillas fuera del entorno hospitalario***.

Henderson y sus colegas concluyeron su revisión con este principio primordial de buena salud pública: "***La experiencia ha demostrado que las comunidades que enfrentan epidemias u otros eventos adversos responden mejor y con menos ansiedad cuando el funcionamiento social normal de la comunidad se ve menos interrumpido***".

Una carta firmada por más de 130 profesionales médicos del Reino Unido acusó al primer ministro británico, Boris Johnson, y a otros funcionarios del gobierno de causar "daños masivos, permanentes e innecesarios" al país. Describe 10 formas en las que los autores argumentaron que las políticas del gobierno del Reino Unido no solo no protegieron a los ciudadanos, sino que en muchos casos causaron más e innecesarias dañar. Acusan a los funcionarios del gobierno de no medir los daños de las políticas de encierro, de exagerar la amenaza del virus y de realizar pruebas masivas inadecuadas a los niños: "***Pruebas repetidas en niños para encontrar casos asintomáticos que es poco probable que propaguen el virus, y tratarlos como una especie de peligro biológico es dañino, no tiene ningún propósito de salud pública y debe detenerse***".

La carta también llamó la atención a los funcionarios por suprimir activamente la discusión sobre el tratamiento temprano utilizando protocolos que se implementan con éxito en otros lugares, y dijo que la vacunación de toda la población adulta nunca debería haber sido un requisito previo para poner fin a las restricciones. Los autores concluyeron:

"El enfoque del Reino Unido hacia la Covid ha fracasado palpablemente. En el aparente deseo de proteger a un grupo vulnerable, los ancianos, las políticas implementadas han causado un daño colateral generalizado y un daño desproporcionado a muchos otros grupos vulnerables, especialmente a los niños".

Además de todo lo expuesto anteriormente, para tener una perspectiva global, no debemos de perder de vista los datos de mortalidad de un país como Bielorrusia, que se hizo famoso por su negativa a imponer restricciones, mascarillas, distancia social, confinamiento o el uso de hidrogel. Lukashenko, declaró que no iban a "vacunar" a nadie contra el coronavirus. "La mortalidad por todas las causas es comparable a la de anteriores olas fuertes de gripe estacional", dice el Swiss Policy Research. Oficialmente, 1424 personas murieron por el coronavirus en 2020 y 2247 a finales de marzo de 2021. Son cifras absolutas muy bajas, mucho más de lo que pronosticaban los modelos epidemiológicos para el caso de no imponer el confinamiento ni medidas de restricción. "La tasa de mortalidad del país es una de las más bajas de Europa", reconocía en septiembre el British Medical Journal. Junto a lugares como Dakota del Sur, Florida, Suecia y Tanzania, Bielorrusia es otro un ejemplo que evidencia que las restricciones no sirven para nada y, en consecuencia, de que las previsiones que se llevaron a cabo al comienzo de la pandemia, como las del Imperial College de Londres, eran falsas. En términos de mortalidad, los resultados son los mismos, tanto si los gobiernos imponen restricciones, como si no. Hay países como Austria en los que se ha constatado que la aparición del supuesto SARS-CoV-2 (incluso en los primeros momentos), no ha supuesto ningún cambio en la curva de víctimas de coronavirus con respecto a otros años y los índices de mortalidad también son los habituales, tanto en hombres como en mujeres y en los diferentes grupos de edad. Una prueba más de que los supuestos "expertos sanitarios" se equivocan, es que en el Reino Unido, en aquel momento, después de que se levantaron las restricciones, los casos Covid, más que aumentar, descendieron hasta en un 40%.

Durante la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la mayoría de los gobiernos nacionales de todo el mundo han abrazado la idea de los cierres. Mientras tanto, Suecia ha sido criticada por no hacer cumplir los mandatos de bloqueo.

Suecia es un país que ha desaparecido del centro de atención de los medios de comunicación, pero ¿por qué nadie habla de Suecia en estos días, en especial desde que los medios de comunicación se convencieron de que sus políticas "renegadas" de no utilizar cubrebocas ni realizar confinamientos estaban destinadas a ser un verdadero fracaso?

Es cierto que hay otros países europeos con menos muertes proporcionalmente. Por ejemplo, Dinamarca, Finlandia y Noruega tienen un número notablemente bajo de muertes por coronavirus en comparación con el resto de Europa.

Sin embargo, esto no explica por qué el enfoque de Suecia a las medidas de coronavirus fue mejor en comparación con otros estados miembros de la UE, como Francia, Italia, los Países Bajos, España y otros.

En 2020, se estimaba que el exceso de mortalidad en Suecia era de 785 por millón de personas. Se estimaba en 988 por millón en Francia y 1917 por millón en España. En el Reino Unido, se estimaba en 1657 por millón.

Suecia tuvo un 7.7% más de muertes en 2020 que su promedio de los cuatro años anteriores. Los países aplicaron varios períodos de estrictos bloqueos, como Bélgica y España, tuvieron un exceso de mortalidad del 16.2% y el 18.1%, respectivamente. En general, 21 de los 30 países con estadísticas disponibles tienen un exceso de mortalidad más alto en comparación con Suecia.

Mientras que Dinamarca, Noruega y Finlandia se comparan favorablemente con Suecia, muchos otros países europeos no pueden decir lo mismo.

En comparación con Francia, el exceso de muertes mensuales de Suecia es menor en 13 de los 18 meses de ese período. Las comparaciones son similares con Italia, los Países Bajos y España. De las naciones más grandes de Europa, solo Alemania obtiene mejores resultados que Suecia.

Si elige Finlandia, Dinamarca y Noruega para comparar Suecia, no hay duda de que los resultados mostrarán a Suecia como un valor atípico. Pero en comparación con la mayoría de los países de Europa, junto con el Reino Unido, a Suecia le va mejor. E incluso si Suecia lo hiciera de manera similar en comparación con otros países europeos, esto aún contradeciría las predicciones negativas de los tecnócratas de la salud pública.

A Suecia le fue mucho mejor que las predicciones de un desastre total y absoluto por parte de los principales medios de comunicación y los llamados expertos en salud. Ha tenido un exceso de mortalidad negativo desde principios de 2020. Desde el final de la primera ola, Suecia ha ido bajando gradualmente en la lista

de países según la tasa oficial de mortalidad de Covid. A 16 de octubre, ocupaba el puesto 52, muy por debajo de la media europea.

Sin embargo, esto subestima lo bien que lo ha hecho Suecia. Como se ha argumentado constantemente, el número de muertes por Covid por millón no es la mejor medida del impacto de la pandemia en la mortalidad. Mucho mejor es el exceso de mortalidad ajustado por edad.

Gracias a un informe de la ONS, ahora tenemos cifras de exceso de mortalidad ajustadas por edad para la mayoría de los países de Europa, que cubren todo el período desde enero de 2020 hasta junio de 2021. Como acotación al margen, el informe establece claramente: "La mejor manera de comparar el impacto en la mortalidad de la pandemia de coronavirus (Covid-19) a nivel internacional es observando la mortalidad por todas las causas en comparación con el promedio de cinco años".

Entonces, ¿qué muestran los nuevos números? Suecia ha tenido un exceso de mortalidad negativo. En otras palabras, el nivel de mortalidad entre enero de 2020 y junio de 2021 fue menor que el promedio de cinco años.

La tabla 2 muestra el exceso de mortalidad ajustado por edad desde el 3 de enero de 2020 hasta el 18 de junio de 2021. Como puede ver, Suecia ocupa el octavo lugar desde abajo, con un valor de −2.3%.

Curiosamente, los seis últimos son todos países pequeños y geográficamente periféricos (tres islas, más Dinamarca, Noruega y Finlandia). **Esto *sugiere que la* geografía *y los* controles fronterizos *fueron clave, y que los cierres, en ausencia de controles fronterizos efectivos, no hicieron mucha diferencia***.

Los siete primeros se encuentran todos en Europa del Este, lo que nuevamente sugiere que algún factor geográfico está en juego. Lo que puede explicar el alto exceso de mortalidad en estos países es el hecho de que todos ellos perdieron la primera ola y, por lo tanto, tuvieron epidemias aún mayores en el invierno. De ser cierto, esto constituiría una fuerte evidencia contra el informe de la Cámara de los Comunes, que concluyó que Gran Bretaña debería haber intentado reprimir la primera ola. Como se ha señalado antes, este enfoque siempre conlleva el riesgo de crear una epidemia aún mayor en el invierno.

A pesar de la intromisión de los principales medios de comunicación, al menos el 43% de los suecos tenía una confianza alta o muy alta en cómo el país está manejando la pandemia. Según una encuesta, solo el 30% tenía una confianza baja o muy baja.

El gobierno y la autoridad sanitaria de Suecia reconocieron que podrían haber hecho más para proteger a los ancianos de Suecia. Pero hicieron lo que pudieron para reprimir la pandemia y al mismo tiempo garantizar que los ciudadanos no se quedaran atrapados en casa y no pudieran trabajar debido a medidas opresivas como los encierros.

A modo de resumen:

La gran cantidad de evidencias (estudios de investigación comparativa e investigaciones con evidencia de alta calidad e informes que se consideran relevantes para este análisis) muestran que los cierres o bloqueos por Covid-19, las políticas de "quedarse en casa", las mascarillas, el cierre de escuelas y los mandatos de mascarillas han fallado en su propósito de frenar la transmisión o reducir las muertes. Estas políticas restrictivas fueron ineficaces y devastadoras, causando un daño inmenso, especialmente a los más pobres y vulnerables dentro de las sociedades.

Consecuencias para niños y adolescentes

Los niños sanos que contraen Covid-19 tienen casi cero posibilidades de muerte***. El Covid-19 severo y los niños no suelen convivir en el mismo universo***. Sin embargo, como se describe en el siguiente extracto del informe de diciembre de 2021 de la UNESCO, UNICEF y el Banco Mundial: "El estado de la crisis educativa mundial: un camino hacia la recuperación", ***los niños son los que más han*** sufrido ***las consecuencias de las políticas públicas***. El daño que se hace a los niños es casi incalculable:

"La interrupción global de la educación causada por la pandemia de Covid-19 no tiene paralelo y los efectos en el aprendizaje son graves. La crisis paralizó los sistemas educativos de todo el mundo y el cierre de escuelas afectó a más de 1600 millones de estudiantes. Si bien casi todos los países del mundo ofrecían oportunidades de aprendizaje remoto para los estudiantes, la calidad y el alcance de tales iniciativas variaban mucho y, en el mejor de los casos, eran sustitutos parciales del aprendizaje presencial.

La evidencia ***de los impactos perjudiciales del cierre de escuelas en el aprendizaje de los niños ofrece una realidad desgarradora: las*** pérdidas ***de aprendizaje son sustanciales, y los niños y jóvenes más marginados a menudo se ven afectados de manera desproporcionada***.

La crisis mundial del aprendizaje ha crecido incluso más de lo que se temía anteriormente: ***esta generación de estudiantes ahora corre el riesgo de*** perder ***$17 billones en ganancias de por vida en valor presente como resultado del cierre de escuelas, o el equivalente al 14% del PIB mundial actual, mucho más que el $10 billones estimados en 2020***. ***En los países de ingresos bajos y medianos, la*** proporción ***de niños que viven en la pobreza de aprendizaje, que ya superaba el 50% antes de la pandemia, aumentará considerablemente, potencialmente hasta el*** 70%***, dado el largo cierre de escuelas y la variación de la calidad y eficacia del aprendizaje cuando se hace a distancia"***.

Los cierres de escuelas, los bloqueos y las políticas de enmascaramiento han resultado en un daño ***sin precedentes para nuestros niños***. Este informe presenta ***datos reveladores sobre la*** profunda pérdida de aprendizaje

que los niños de todo el mundo han sufrido en los últimos dos años. Los autores indican que este daño se puede atribuir al cierre de escuelas (el informe no analiza la posibilidad de que parte del daño se deba al uso de mascarillas).

Los niños con discapacidades, los niños marginados y los más pequeños se han visto especialmente perjudicados ***por el cierre de las escuelas. Estos cierres han tenido impactos*** medibles ***en la salud mental y también han dado lugar a situaciones de abuso (el informe sugiere violencia doméstica, sexual y física, aunque no se presentan pruebas)***.

Aunque a principios del verano de 2020 quedó claro que ***los niños sanos no estaban en riesgo de contraer una enfermedad grave y que el cierre de las escuelas estaba perjudicando a los niños***, muchos países, mantuvieron las escuelas cerradas de todos modos, aunque no sirva de nada. Por ejemplo, ***el cierre de escuelas en Japón no*** impidió ***la propagación del coronavirus durante la primera ola de la pandemia***, según un estudio.

Investigadores de Estados Unidos y Japón compararon municipios que cerraron escuelas en la primavera de 2020 con escuelas que no lo hicieron. Descubrieron que ***no había diferencias en el número de casos de Covid por cada 100 000 entre los dos grupos de municipios***. Los hallazgos muestran cómo ***el cierre de las aulas interrumpió la vida de los niños sin ayudar a la crisis de salud pública***.

"***No encontramos ninguna evidencia de que el cierre de escuelas en Japón redujera la propagación de Covid-19***". "Nuestros resultados nulos sugieren que ***las políticas sobre el cierre de escuelas deberían reexaminarse dadas las posibles consecuencias negativas para los niños y los padres***", escribieron los autores.

Cuando la pandemia de Covid-19 golpeó por primera vez en marzo de 2020, las escuelas cerraron rápidamente y pasaron al aprendizaje remoto. Durante el año pasado, los científicos descubrieron que ***asistir a la escuela en línea era perjudicial para los estudiantes desde el jardín de infantes hasta el grado 12, y perjudicial para los estudiantes de K-12***.

La investigación ha demostrado que la escuela Zoom fue ***una mala noticia tanto para las habilidades académicas como para la salud mental de los estudiantes***.

"***El cierre de escuelas reduce las oportunidades de aprendizaje de los niños, afecta negativamente su desarrollo físico y mental y dificulta que sus padres se vayan a trabajar durante el día***", dijo a The Ashahi Shimbun el co-investigador Dr. Kentaro Fukumoto, profesor de polimetría en la Universidad de Gakushuin.

Este no es el primer estudio que encuentra que el cierre de escuelas no evitó la propagación del virus. Investigadores de la Universidad de la Ciudad de Hong Kong y el Instituto de Automatización de la Academia de Ciencias de China en

Beijing descubrieron que ***evitar el aprendizaje en persona solo redujo la cantidad de infecciones entre los jóvenes en un 4% en la ciudad de Nueva York***.

Por otro lado, según la OMS "los bloqueos de Covid han creado una 'crisis global para la salud mental".

Un informe internacional de la agencia de la ONU encontró que ***dos años de restricciones han tenido "consecuencias significativas para la salud mental", especialmente para los jóvenes***. Fue publicado el 16 de junio por la división de salud mental y sustancias de la OMS.

En los Estados Unidos, una de las razones aducidas a menudo era proteger a los miembros de la familia y al personal escolar enfermos, obesos, inmunodeprimidos y/o ancianos. En realidad, no fue para proteger a los niños del daño, sino para proteger a la sociedad de los niños. Sin embargo, ***múltiples estudios han*** demostrado ***que los niños no contribuyen significativamente a la propagación de la enfermedad por SARS-CoV-2 y Covid-19, sino que son los adultos quienes tienden a infectar a los niños***.

Un dato demoledor es que el 70% de las escuelas públicas ha visto un aumento en los estudiantes que buscan ayuda con su salud mental desde el comienzo de la pandemia de Covid-19, según un estudio del gobierno de EE. UU.

Aproximadamente ***el 76% de las escuelas públicas también informaron un aumento en el personal que expresó su preocupación acerca de que sus estudiantes exhibieran síntomas como depresión, ansiedad y trauma***, según el estudio del Centro Nacional de Estadísticas de Educación (NCES), una agencia dentro del Departamento de Educación de EE. UU.

Sin embargo, el estudio no identifica ninguna causa frecuente del aumento de los problemas de salud mental entre los estudiantes de escuelas públicas, como el cierre prolongado de escuelas, el cambio abrupto al aprendizaje remoto y las restricciones de salud pública que limitan la actividad física y la interacción social.

Los resultados del estudio NCES se hacen eco de una encuesta publicada a principios de este año por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU.

Al analizar los datos recopilados de enero a junio de 2021 sobre los comportamientos y las experiencias de 7705 estudiantes de secundaria en todo el país, los investigadores de los CDC descubrieron que ***alrededor del 44 % de ellos tenía "sentimientos persistentes de tristeza o desesperanza" casi todos los días durante dos semanas o más en seguidos, al punto que dejaron de hacer sus actividades habituales***.

Además, ***casi el*** 20% ***de los estudiantes había "considerado seriamente intentar suicidarse" y el*** 9% ***había intentado suicidarse***. La prevalencia de

pensamientos e intentos suicidas graves fue más alta entre las estudiantes mujeres que entre los estudiantes varones, y fue más alta entre los estudiantes blancos que entre los estudiantes negros o asiáticos, según el artículo.

Los investigadores de los CDC también notaron que ***los estudiantes de secundaria que dependían de una computadora o un teléfono para la interacción social eran más propensos a sentirse suicidas que aquellos que interactuaban físicamente con otras personas***.

"Se observó el mismo patrón entre los estudiantes que estaban virtualmente conectados con otros durante la pandemia (es decir, con familiares, amigos u otros grupos mediante el uso de una computadora, teléfono u otro dispositivo) frente a aquellos que no lo estaban", indicó el documento. "***Las estrategias integrales que mejoran los sentimientos de conexión con otros en la familia, la comunidad y la escuela podrían fomentar una mejor salud mental entre los jóvenes durante y después de la pandemia de Covid-19***".

Expertos médicos estadounidenses dicen que ***la salud mental de los niños se deterioró durante la pandemia***, con una gran cantidad de niños ocupando camas en las salas de emergencia debido a la escasez de ubicaciones, proveedores y recursos para combatir la crisis.

"Las estimaciones agrupadas obtenidas en el primer año de la pandemia de Covid-19 sugieren que ***1 de cada 4 jóvenes en todo el mundo experimenta síntomas de depresión clínicamente elevados, mientras que 1 de cada 5 jóvenes experimenta síntomas de ansiedad clínicamente elevados***. ***Estas estimaciones agrupadas, que aumentaron con el tiempo, son el doble de las estimaciones previas a la pandemia***. Se espera una afluencia de la utilización de la atención de salud mental, y la asignación de recursos para abordar los problemas de salud mental de niños y adolescentes es esencial", esto es lo que dice una publicación en sus conclusiones.

Un estudio captura la esencia y la catástrofe de una sociedad de encierros y el vaciamiento de nuestros niños al observar cómo aprenden los niños (de 3 meses a 3 años) y encontrar en todas las medidas que "***los niños nacidos durante la pandemia han reducido significativamente el rendimiento verbal, motor y cognitivo general en comparación con los niños nacidos antes de la pandemia***". Los investigadores también informaron que "los hombres y los niños de familias socioeconómicas más bajas han sido los más afectados. Los resultados destacan que ***incluso en ausencia de una infección directa por SARS-CoV-2 y la enfermedad por Covid-19, los cambios ambientales asociados con la pandemia de Covid-19 están afectando de manera significativa y negativa en el desarrollo de los bebés y los niños***".

El informe Early Years encuentra que la política del gobierno del Reino Unido sobre la Covid-19 ha seguido ***afectando el desarrollo de la comunicación y el lenguaje de los niños pequeños, y muchos proveedores han notado retrasos en el habla y el lenguaje. Otros dijeron que los bebés han tenido problemas para responder a las expresiones faciales básicas***.

Esto se debe a que el gobierno del Reino Unido ordenó por ley el uso de cubiertas faciales en los espacios públicos, ***a pesar de que son completamente inútiles para prevenir la entrada de virus***. En realidad, también ***son más*** dañinas ***cuando se usan incorrectamente, como llevarlos en el bolsillo o dejarlos en el bolsillo de la puerta de su automóvil***, como lo hizo la gran mayoría de los británicos una vez que entró en vigencia el mandato.

También ha continuado el ***impacto*** negativo ***en el desarrollo personal, social y emocional de los niños, y muchos carecen de confianza en las actividades grupales***. Esto ***se*** debe ***a las políticas draconianas introducidas por el gobierno del Reino Unido que prohibieron la socialización y obligaron a las personas a quedarse en casa***.

Las habilidades ***sociales y de construcción de amistades de los niños se han visto afectadas***. Algunos proveedores de educación informaron que ***los niños pequeños y en edad preescolar necesitaban más apoyo para compartir y tomar turnos***.

Continúa habiendo un impacto ***en el desarrollo físico de los niños, incluidos los retrasos en el aprendizaje de los bebés para gatear y caminar***. Algunos proveedores informaron que ***los niños habían retrocedido en su independencia y habilidades de cuidado personal***.

A un número cada vez mayor de proveedores les preocupaba que, en comparación con antes de la pandemia, ***menos niños habían aprendido a usar el baño de forma independiente***. Esto significa que es posible que más niños no estén preparados para la escuela a los 4 años.

El informe: "Recuperación de la educación en las escuelas", encuentra que ***la política del gobierno de cerrar las escuelas y luego realizar pruebas masivas a los niños a su regreso y obligarlos a aislarse si recibían un resultado positivo cuestionable a pesar de no tener síntomas, siguió obstaculizando el aprendizaje y la vida personal de los alumnos***. El impacto de la política del gobierno del Reino Unido en nombre de Covid-19 en la salud mental y el bienestar de algunos alumnos sigue siendo motivo de preocupación. Los alumnos tenían niveles más bajos de resiliencia y confianza, y mayores niveles de ansiedad.

La OMS estima ***que más de mil millones de personas en todo el mundo viven con un trastorno de salud mental como resultado, una cuarta parte más que antes de Covid***. Dijo que había habido ***un aumento aún mayor entre los niños, "reflejando potencialmente el profundo impacto del cierre de escuelas***".

Las restricciones impuestas para controlar la Covid generaron sentimientos de "aislamiento social, desconexión e incertidumbre sobre el futuro", agregó el informe.

Dijo que ***más de mil millones de personas ahora viven con una condición de salud mental, después de aumentar en más del 25% durante el primer año de la pandemia. Los tipos más comunes incluyen ansiedad, depresión y trastornos del desarrollo como el autismo***.

El informe dice: "***Las restricciones impuestas*** durante la pandemia de Covid, por ejemplo, ***tuvieron consecuencias significativas para la salud mental de muchos, incluido el estrés, la ansiedad o la depresión derivadas del aislamiento social, la desconexión y la incertidumbre sobre el futuro***". Agrega: ***'A nivel mundial, también hubo un mayor cambio en la prevalencia entre los grupos de edad más jóvenes que entre los mayores, lo que podría reflejar el profundo impacto del cierre de escuelas y las restricciones sociales en la salud mental de los jóvenes***. ***Para algunos niños y adolescentes, es probable que obligarlos a quedarse en casa haya aumentado el riesgo de estrés o abuso familiar, que son factores de riesgo conocidos para los problemas de salud mental***".

El informe encontró que ***la intimidación y el abuso sexual eran los principales contribuyentes al aumento de la depresión en los niños de todo el mundo***.

Antes de la pandemia, la OMS estimó que ***uno de cada siete (14%) de los niños tenía un trastorno de salud mental***. El informe no estimó la tasa actual, pero dijo que ***el aumento del 25% en los trastornos en todo el mundo fue aún mayor en los niños***. Decía: ***'Los cierres prolongados de escuelas y universidades interrumpieron las rutinas y las conexiones sociales, lo que significa que los jóvenes se perdieron el aprendizaje y las experiencias que se esperaban para un desarrollo saludable. La interrupción y el aislamiento pueden alimentar sentimientos de ansiedad, incertidumbre y soledad, y pueden conducir a problemas afectivos y de comportamiento***".

Un estudio encontró que ***60 000 adolescentes en el Reino Unido experimentaron altos niveles de depresión después de la pandemia de Covid-19***.

Después de controlar las "puntuaciones de referencia y varias características del nivel escolar y del alumno", un análisis publicado la en la revista Royal Society Open Science encontró que ***los adolescentes del Reino Unido de 11 a 15 años experimentaron niveles significativamente mayores de síntomas depresivos y niveles más bajos de satisfacción con la vida después de la pandemia de Covid-19***.

Los investigadores encontraron que, después de la pandemia, su muestra tenía ***una prevalencia del 27.1% de "síntomas depresivos altos"***, que según Summit News ascendió a 60 000 niños adicionales que experimentaron altos niveles de depresión, según las métricas del estudio.

La revista definió los síntomas depresivos altos utilizando una medida de autoinforme de síntomas depresivos de 13 ítems durante las dos semanas

anteriores, con puntajes totales posibles que van de 0 a 26, y los puntajes más altos indican una mayor depresión.

Según Summit News, ***400 000 niños británicos "fueron remitidos a especialistas en salud mental el año pasado por cosas como trastornos alimentarios y autolesiones***".

También se han informado aumentos "meteóricos" en los problemas de salud mental de los niños en los EE. UU. durante la pandemia de Covid-19. Este fuerte aumento fue indicado, por ejemplo, por el hallazgo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de que ***las visitas al departamento de emergencias por sospechas de intentos de suicidio durante febrero-marzo de 2021 fueron más del 50% más altas para las adolescentes en comparación con 2019, y más de 4% más alto para los niños***.

El número sustancialmente mayor de niñas que buscan ayuda en los Estados Unidos parece estar de acuerdo con el hallazgo del estudio del Reino Unido de que "el impacto de la pandemia puede haber sido mayor en las mujeres", ya que las niñas mostraron "mayores síntomas depresivos", dificultades de comportamiento y "menores síntomas" de bienestar" pospandemia.

Los hospitales también experimentaron ***picos significativos en las visitas de niños y adolescentes que buscaban ayuda por problemas de salud mental, con un aumento del*** 31% ***en niños de 12 a 17 años y un aumento del*** 24% ***en personas de 5 a 11 años que buscaban ayuda de abril a octubre de 2020***.

Estos informes de picos en los problemas de salud mental en los niños durante la pandemia de Covid han sido corroborados ***por una variedad de medidas diferentes, incluidas las tasas de sobredosis***. Según The Washington Post, ***la cantidad de niños admitidos en el hospital universitario de una facultad de medicina por sobredosis de paracetamol, opiáceos, antidepresivos y Ritalin se cuadriplicó en el transcurso de aproximadamente un año***.

Un nuevo estudio, realizado por científicos de una universidad japonesa en colaboración con el Centro de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas de Japón, ha identificado 2665 casos de exceso de mortalidad por suicidio en Japón entre julio de 2020 y marzo de 2021.

El exceso de mortalidad es la diferencia entre el número real de muertes y el umbral epidemiológico esperado, teniendo en cuenta las cifras de años anteriores. El estudio utilizó los datos oficiales de los registros desde 2005 hasta febrero de 2021.

Los investigadores concluyen que se ha producido un "exceso de mortalidad significativo debido al suicidio" entre ambas fechas, con el mayor exceso de mortalidad observado en octubre del año pasado.

El número de muertes atribuidas al coronavirus durante ese periodo fue de 8153, lo que significa que el exceso de mortalidad por suicidio debido al confinamiento y otras circunstancias relacionadas con la pandemia fue casi equivalente a un tercio del total de muertes por coronavirus.

Los autores del estudio proponen que los gobiernos examinen si las medidas sanitarias aprobadas durante la pandemia compensan las muertes ocasionadas por los confinamientos. El impacto en la calidad de vida debe ser considerado entre las diversas desventajas del confinamiento y otras restricciones a la actividad económica y social, como un componente principal de las medidas.

Los niños ***han estado experimentando crisis de salud mental desde marzo de 2020, y ha habido tres picos distintos de aumento en la prescripción de medicamentos en niños de hasta 17 años en Inglaterra. Estos coincidieron con los bloqueos: marzo de 2020, noviembre de 2020 y enero de 2021***.

Los médicos han dicho que han visto un aumento en la cantidad de niños que se presentan en hospitales y salas de emergencia que se encuentran en crisis de salud mental. Algunos niños de hasta ocho años se cortaron o sufrieron una sobredosis. Un psicólogo londinense atribuyó el aumento de las autolesiones a los niños al cierre de escuelas y las restricciones en las actividades deportivas y de contacto.

En junio de 2021, ***los especialistas en salud mental también notaron que los niños muy pequeños están experimentando un "trauma encerrado" en el que tienen problemas para hacer amigos e interactuar***. También han experimentado ansiedad por jugar con otros.

El Departamento de Educación dijo en un informe que casi todos los estudiantes han experimentado algún tipo de desafío a su salud mental y bienestar durante la pandemia. Los investigadores analizaron datos recopilados de diferentes estudios en varias partes del mundo, y una conclusión clave es que de los 80 879 niños combinados que participaron en los estudios, aproximadamente ***1 de cada 4 tenía síntomas de depresión, mientras que aproximadamente 1 de cada 5 tenía síntomas de ansiedad***. Los investigadores postulan que estas tasas son más altas ahora que antes de la pandemia.

Los especialistas en salud mental pueden brindar a los padres la orientación necesaria para proporcionar el mejor apoyo a sus hijos o adolescentes. Algunos pueden necesitar más tiempo para expresar sus sentimientos; otros pueden hacerlo mejor con conversaciones graduales y otras actividades. Aún así, otros pueden sentirse más cómodos con conversaciones directas y al hablar con adultos de confianza.

"Los síntomas depresivos, que incluyen sentimientos de tristeza, pérdida de interés y placer en las actividades, así como la interrupción de funciones reguladoras como el sueño y el apetito, podrían haberse elevado durante la

pandemia como resultado del aislamiento social debido al cierre de escuelas y al distanciamiento físico".

El teléfono ANAR de atención a menores muestra en su radiografía anual un incremento de los problemas psicológicos en los niños en 2020: ***durante el confinamiento la ideación suicida subió un 244.1%, la ansiedad el 280.6%, la baja autoestima el 212.3% y la depresión/tristeza el 87.7%***.

Además, los trastornos de alimentación aumentaron un 826.3 % coincidiendo con las primeras salidas de los domicilios y tras la vuelta al colegio se incrementaron las autolesiones el 246.2%, la agresividad el 124.5 % y el duelo un 24.5%.

Son datos del "Informe anual ANAR 2020: el Teléfono/Chat ANAR en tiempos de Covid-19" hecho público por la organización de atención a la infancia y que alerta de las secuelas que ha dejado la pandemia en la salud mental de los menores, que "ha alterado y agravado" las problemáticas que les afectan.

El informe también detecta un ***incremento de los problemas asociados a la tecnología, que pasaron de un 23.2% en 2019 a un 29.9%***, afectando a casos de "grooming", ciberacoso, violencia de género, pornografía/prostitución infantil, trastornos de la alimentación, autolesiones, ideaciones e intentos de suicidio y otros problemas psicológicos.

Durante el confinamiento y las primeras salidas despuntaron ***las dificultades relativas a separación, custodia y régimen de visitas (confinamiento: subieron el 42.3%; primeras salidas: el 51.9 %) y las consultas relativas a ayudas sociales y pobreza infantil, que alcanzaron la diferencia más aguda en el confinamiento (más el 307.2%)***, sumando un total de 139 casos atendidos.

En general, la radiografía de 2020 señala la gravedad de los casos reflejada en el elevado número de intervenciones de emergencia: 2277 a lo largo de todo el año, con una media de 6 diarias.

"Esto supone un incremento de los casos de urgencia alta (39.1%) y de máxima gravedad (55.6%)" con respecto al año anterior, concreta.

El estudio ***confirma una mayor duración de los problemas, ya que el confinamiento y el aislamiento han provocado que se cronifiquen muchos de ellos***: la mitad de los casos suceden desde hace más de un año.

"A ello se han sumado el miedo por la pandemia y el duelo por seres queridos en muchos casos", asevera. La directora del Teléfono ANAR, Diana Díaz, considera que "las consecuencias de la Covid han generado en los menores una gran frustración por la indefensión y desesperación que explican el porqué de que muchos adolescentes hayan aumentado sus ideaciones y tentativas de suicidio durante el confinamiento".

"Han utilizado mecanismos de autorregulación emocional dañinos con el fin de lograr la reducción de su ansiedad, como las autolesiones con la vuelta al cole o los mecanismos de compensación propios de los trastornos de alimentación, que se han disparado coincidiendo con las primeras salidas", ha advertido.

El diario The New York Times publicó un artículo en Nochebuena que realizó Erica Green, donde analizan el impacto que han tenido los cierres de las escuelas en los estudiantes.

"Podría decirse que ***los adolescentes*** soportaron ***la peor parte social y emocional de las interrupciones escolares***", escribe Green, y agrega que, en todo Estados Unidos, los estudiantes de preparatoria han reportado en los últimos dos años "***algunos de los deterioros de salud mental más alarmantes, evidenciados por la depresión y los intentos de suicidio***".

De acuerdo con Green, "una gran cantidad" de estudiantes de preparatoria han perdido "la mayor parte o todo el año académico 2020-2021" y, como resultado, han reprobado clases que son "esenciales para su futuro".

El Dr. Harrison Bailey, director de la escuela Liberty High School en Bethlehem, Pensilvania, describió ***el sentimiento general entre los estudiantes como "resignación e indignación", con "una falta de respeto franca y flagrante" que es "incontrolada***".

Bailey tuvo que intervenir en muchas peleas a puñetazos y peleas en el salón mientras los estudiantes reanudaban las clases presenciales. El centro de bienestar de la escuela también se "abrumó" con los estudiantes que reportan ansiedad y depresión. Green escribe:

"Para diciembre, las recomendaciones para el Programa de Asistencia al Estudiante que ofrece la escuela, en el que equipos de consejeros y administradores coordinan los recursos para los estudiantes con problemas, llegaron a 300, en comparación con un total de 500 para todo el año escolar 2019-2020.

En una reunión reciente, en la que los administradores examinaron la cantidad de casos de estudiantes 'agotados', los describieron en términos directos cómo ***'salvajes', 'un desastre'*** y 'trabajo en progreso'. 'Creo que los niños se sienten como si estuvieran en un mundo fuera de control', dijo el Dr. Bailey. "Así que dicen: ***'Si el mundo está fuera de control, ¿por qué debería controlarme?'***"

Aparte de la violencia, Bailey ve otra tendencia, que es en muchos aspectos aún más preocupante, y se trata de la apatía. Muchos vienen a la escuela en pijama. En general, el aprendizaje virtual demostró ser un desastre. Un fracaso total. Lo que el experimento nos enseñó es que la escuela no solo es un lugar donde se aprende mucha información. Es un lugar donde se aprende habilidades de socialización.

La mayoría de los estudiantes están atrasados en este sentido, ya que las restricciones y las mascarillas para evitar la Covid han impedido el diálogo y el compromiso interpersonal. "Las personas ya no saben cómo comunicarse", dijo Jazlyn Korpics, de 18 años. "Todo el mundo es un robot ahora, sus mentes están distorsionadas".

Nancy Ettwein, quien dirigió el centro de bienestar de la escuela hasta noviembre de 2021, dijo a Green que la queja número uno ha sido la ansiedad: "***Ansiedad por estar en el aula, frente a las personas, hablar con la gente o porque cualquiera los mire***". Muchas de los informes relacionados con la salud mental de los estudiantes afirman que el estudiante solo está "sentado y llorando en el baño".

Esta respuesta anormal ***a los encuentros sociales normales es sin duda el resultado del aislamiento prolongado y la falta de interacciones cara a cara con otros humanos***. Kaisyn Carswell, de 16 años, describió la vida pandémica como "un vacío, pero el vacío es muy pesado". Otro estudiante reportó que jugaba video juegos todo el día durante el año 2020.

Los profesores de la escuela también están en una situación difícil, dice Greens:

"Los resultados de la encuesta publicada este mes por la Asociación Nacional de Directores de Escuelas Secundarias generó la alarma de que ***los directores podrían ser otras víctimas de la pandemia, a medida que sus roles se vuelven más amorfos e insostenibles***.

En las respuestas a la encuesta, que incluyó una muestra representativa de líderes a nivel nacional, solo el 35% dijo estar 'muy de acuerdo' con estar satisfecho en sus trabajos, en comparación con el 63% en 2019.

La clasificación más alta en la lista de desafíos durante la pandemia fue brindar apoyo de salud mental a los estudiantes, junto con apoyo de salud mental y orientación al personal. El 68 % estaba preocupado por la escasez y el cansancio de los maestros.

Solo el 23% 'está de acuerdo' en que el tamaño de su equipo administrativo es adecuado para apoyar al personal y a los estudiantes, mientras que solo el 21 % 'está de acuerdo' en que hay personal de servicios estudiantiles adecuado, como enfermeras y consejeros".

Debido a la desesperación y a la falta de propósito y dirección, viene el uso excesivo de medicamentos, con estadísticas recientes que demuestran un repunte impactante en las muertes por sobredosis de fentanilo entre adolescentes en edad escolar en los Estados Unidos durante 2020 y 2021.

También The New York Times publicó los resultados de una encuesta que realizaron en todo el país que incluyó aportes de 362 consejeros escolares.

Hubo un consenso unánime entre los consejeros, independientemente del nivel de edad, en que ***los estudiantes, en general, parecen estar 'congelados' social y emocionalmente a la edad en que estaban antes de la pandemia***.

De los consejeros escolares , ***el 94% dijo que sus estudiantes muestran mayores signos de ansiedad y depresión en comparación con antes de la pandemia. El 88% descubrió que sus estudiantes tenían más problemas para regular las emociones y casi el 75% notó una mayor dificultad para resolver conflictos interpersonales con amigos***.

Casi todas las conductas problemáticas han aumentado, según lo informado por la mayoría de estos consejeros:

- Rompiendo las reglas de la clase
- Faltar a clase
- Problemas con la regulación emocional
- Problemas de autoestima
- Problemas para hacer nuevos amigos
- Absentismo crónico

Un artículo preimpreso del 24 de diciembre de 2021 y publicado en medRxiv, ilustra muy bien la situación:

"***La mortalidad por sobredosis en adolescentes experimentó un fuerte aumento entre 2019 y 2020***, de 2.35 por 100 000 a 4.58 por 100 000, lo que representa un aumento del 94.3 %, ***el mayor aumento porcentual de cualquier grupo de edad de 5 años***.

Los adolescentes indios de Estados Unidos o nativos de Alaska (AIAN), los adolescentes latinos y los adolescentes en la región del censo occidental se vieron afectados de manera desproporcionada, las tasas de mortalidad por sobredosis fueron 2.15, 1.31 y 1.68 veces el promedio nacional en 2021.

Las tendencias las impulsaron las muertes relacionadas con FMI [fentanilos fabricados de forma ilícita], que casi se triplicaron de 2019 a 2020 y representaron el 76.6 % de las muertes por sobredosis de adolescentes en 2021.

Nuestros resultados también se deben entender en el contexto de las ***crecientes tasas de enfermedad mental en adolescentes durante la pandemia de Covid-19***. Estos hallazgos resaltan la urgente necesidad de una educación precisa y orientada a los adolescentes para reducir los daños y advertir sobre los riesgos de una oferta de medicamentos en desarrollo, así como un mayor acceso a la naloxona y a los servicios que controlan la presencia de FMI en los medicamentos".

Un aspecto de vital importancia también, es que de acuerdo con los resultados de este estudio, ***los bebés que nacieron durante 2020 y 2021 tenían una puntuación cognitiva general, de motor y verbales más bajas en comparación con los niños que nacieron entre 2011 y 2019.*** Los niños más afectados fueron los varones y los de familias de nivel socioeconómico más bajo.

El equipo de investigación reconoció que desde que comenzó la pandemia existían preocupaciones sobre el desarrollo infantil que probablemente influyeron por factores estresantes que causaron los eventos de 2020, así como adversidades económicas y la falta de ambientes estimulantes.

Dados los cambios en el entorno social, los investigadores intentaron comparar las puntuaciones del desarrollo neurológico en los niños que nacieron antes de 2019 con los que nacieron después de julio de 2020. Utilizaron las Escalas de Mullen de Aprendizaje Temprano que evalúan la función "en los cinco dominios del control motor fino y grueso, la recepción visual, el lenguaje expresivo y receptivo a través de la observación directa y el desempeño".

En total participaron 672 niños en el estudio. Lo que descubrieron fue que ***la puntuación promedio del CI de los niños que nacieron entre 2011 y 2019 era entre 98.5 y 107.3. Sin embargo, en los niños que nacieron en 2020 y 2021, tuvieron puntuaciones de 78.9 a 86.3***.

Después de controlar las diferencias en la edad de los niños y la educación materna, descubrieron que había reducciones significativas y consistentes en el CI al comparar a los niños que nacieron entre 2011 y 2019 con los que nacieron en 2021. ***Los resultados del estudio sugirieron que la pandemia tuvo un gran efecto en la neurodesarrollo***.

Los datos demostraron que "las puntuaciones cognitivas verbales, no verbales y generales son más bajas desde que comenzó la pandemia". El investigador principal Sean Deoni, Ph.D., es profesor de pediatría en la Universidad de Brown. Él cree que la poca cantidad de estimulación en el hogar y la menor interacción con el mundo exterior causaron las puntuaciones bajas en las pruebas de los bebés.

De igual forma, un estudio realizado por el grupo de currículo y evaluación Amplify encontró que "***más de 1 de cada 3 niños que comenzaron la escuela durante la pandemia*** necesitan ***ayuda de lectura 'intensiva'"***. Sin “intervenciones importantes y sistémicas”, esos niños “***tienen pocas posibilidades de leer al nivel de su grado al final del año escolar***”.

Los niños más vulnerables fueron los más afectados. Paul Gazzerro, director de ciencia de datos de Amplify, fue citado diciendo:

“Los estudiantes afroamericanos e hispanos, que tenían puntajes de lectura promedio más bajos en comparación con los estudiantes blancos antes de la pandemia, se rezagaron aún más en promedio durante las interrupciones escolares”.

Los números reales son problemáticos:

"Desde la pandemia, la proporción de estudiantes de primer grado encaminados en lectura a mediados de año cayó del 51 % al 37 % de los estudiantes negros, del 54 % al 42 % de los estudiantes hispanos y del 65 % al 58 % de los estudiantes blancos…

La Semana de la Educación hizo sonar esta alerta:

"***Un grupo creciente de estudiantes en los grados de primaria se rezagó severamente, no solo por un poco***. La gran cantidad de estudiantes que necesitan un apoyo intensivo en lectura pone a prueba la capacidad de las escuelas…"

Es ***probable que las implicaciones de estos retrasos en la lectura se vean agravadas por las leyes de retención obligatoria***, como señaló Education Week :

"Al menos 17 estados requieren que los distritos retengan a los estudiantes si no están leyendo al nivel del grado al final del 3er grado , y otra docena permite que los distritos escolares exijan la retención. En el último año, varios estados pusieron en suspenso sus políticas existentes de repetición de grado…"

Nature, en enero de 2022, preguntó: "La generación Covid: ¿cómo está afectando la pandemia al cerebro de los niños? Su respuesta no fue tranquilizadora:

"***Los bebés nacidos durante la pandemia obtuvieron puntajes más bajos, en promedio, en las pruebas de motricidad gruesa, motricidad fina y habilidades de comunicación en comparación con los nacidos antes de la pandemia*** …"

La reducción en el rendimiento cognitivo (incluido el lenguaje, la resolución de acertijos y las habilidades motoras) de los niños nacidos bajo las restricciones por Covid se ilustra en el gráfico proporcionado por Nature.

El artículo señaló específicamente la causa del daño a los niños:

"No importaba si su padre biológico había sido infectado con el virus o no; parecía haber algo en el entorno de la pandemia en sí... 'Estamos hablando de cientos de millones de bebés'...

"***El estrés relacionado con la pandemia durante el embarazo podría estar afectando negativamente el desarrollo del cerebro fetal en algunos niños***.

"***Además, los padres y cuidadores agotados podrían estar interactuando de manera diferente o menos con sus hijos pequeños de maneras que podrían afectar las capacidades físicas y mentales de un niño***.

"***Los confinamientos han aislado a muchas familias jóvenes, robándoles el tiempo de juego y las interacciones sociales***".

No hace falta decir que ***las intervenciones de salud que conllevan riesgos*** requieren ***un análisis de costo-beneficio*** y, ***si los beneficios no superan los costos, las intervenciones obviamente deberían*** detenerse ***si ya se implementaron***. Desafortunadamente, ni siquiera las mismas entidades que identifican los "costos" de las restricciones de Covid están realizando dicho análisis.

Children's Hospital Association, que representa a más de 220 hospitales infantiles estadounidenses, identificó 7 efectos de la pandemia de Covid-19 en los niños en un artículo de abril de 2021. Sus hallazgos revelan mucho para colocar en la columna de "costo":

1. Estrés adulto

“Hay padres que están estresados; es posible que hayan perdido sus trabajos y existen factores estresantes financieros”, dice Gary Blau, Ph.D., director ejecutivo del Centro Hackett para la Salud Mental en Houston, Texas. “Hay una gran cantidad de factores ambientales que han dado lugar a aumentos significativos en las preocupaciones relacionadas con la salud mental de los niños...”

“El estrés en los adultos provocado por la pandemia también podría afectar a los niños que aún no han nacido. La investigación médica ha demostrado durante mucho tiempo un vínculo entre el estrés materno y los resultados adversos del embarazo. Los estudios muestran el potencial de consecuencias negativas para toda la vida de tales shocks, que incluyen un menor nivel educativo, una mayor probabilidad de obesidad, enfermedades no transmisibles y problemas de salud mental".

2. Problemas de desarrollo

“No sorprende que la pandemia cree todos estos diferentes riesgos potenciales para el desarrollo infantil”, dice Blau.

3. Ampliación de la brecha educativa

"'Veo una disparidad cada vez mayor en el logro educativo dados los desafíos que los distritos más grandes en particular han enfrentado durante la pandemia, especialmente en nuestras grandes ciudades, y lo difícil que ha sido lograr que las escuelas reabran en esas ciudades', dice David Rubin, MD, MSCE, director, PolicyLab y director de innovación en salud de la población en el Children's Hospital of Philadelphia”.

4. Experiencias infantiles adversas

Las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés) se han relacionado con problemas de salud crónicos, enfermedades mentales y abuso de sustancias en la edad adulta.

El efecto social y económico de la pandemia en las familias, incluidas las de bajos ingresos y las poblaciones de color, que se ven afectadas de manera desproporcionada por Covid-19, podría persistir durante años.

"Cualquier persona que experimente entornos comunitarios adversos como alto desempleo, movilidad económica limitada, déficit de alimentos y malas condiciones de vivienda corre un mayor riesgo de contraer Covid-19", dice Coyne-Beasley. "Y tener un alto desempleo generalmente significa que no tendrá un seguro de salud de fácil acceso, o no podrá dejar su trabajo cuando usted o su hijo estén enfermos".

6. Menos visitas de bienestar

"De marzo a mayo de 2020, hubo una fuerte disminución en los servicios de salud clave para los beneficiarios de Medicaid y CHIP menores de 18 años:

- Más de un 40% de disminución en los exámenes de salud.
- 44% menos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Casi un 75% de reducción en los servicios dentales".

Por otro lado, el Dr. Paul Thomas entrevistó al psiquiatra infantil, el Dr. Mark McDonald, e invitó a dos estudiantes de segundo año de universidad y a un defensor de la familia a examinar la pregunta: ¿Cómo afecta el distanciamiento, el uso de mascarillas, la hiperdesinfección y la vergüenza por las "vacunas" a los niños y jóvenes?

McDonald dijo que ha estado llamando la atención sobre lo que ha aprendido en su práctica de psiquiatría infantil con sede en Los Ángeles sobre los efectos negativos del comportamiento pandémico.

Dijo que ha expresado sus preocupaciones en plataformas públicas y ha publicado, en noticias locales y nacionales, evaluaciones psicológicas basadas en evidencia de la respuesta a la pandemia en los niños y el impacto del cierre de escuelas en la salud psicológica de los niños.

En el transcurso de una década trabajando como psiquiatra infantil, McDonald dijo que ha observado la "variedad de jardín" de quejas tratables, con raros casos de trauma que requieren una intervención más seria. Pero ***lo que ha visto en el transcurso de la pandemia, con la práctica de enmascarar a los niños, distanciarlos y desinfectarlos, es lo que él llama "abuso infantil"***.

McDonald dijo que los adultos se han estado revolcando en su propia ansiedad a expensas de los niños. Dijo que lo que ha observado es el ***aumento de la gravedad y la profundidad de la sintomatología de la ansiedad y la depresión en niños de todo el espectro de edades, razas y clases económicas***. Realmente no ha perdonado a nadie y es casi intratable.

Dijo que las mediaciones, terapias e intervenciones han sido "casi o completamente ineficaces" en el tratamiento de los efectos adversos de lo que describió como una psicosis delirante masiva.

"Creo que el problema es medioambiental. ***Creo que estos niños están nadando, y han estado nadando durante más de un año y medio, en un ambiente tóxico, estresante, irracional, disfuncional y desconectado***".

Dijo que ***al usar mascarillas, los niños pierden la conexión humana vital que se encuentra en las expresiones faciales, y del distanciamiento y el aislamiento están perdiendo la reciprocidad y los beneficios sensoriales de otros niños, animales y el aire libre***.

"Todo eso les ha sido quitado. El resultado, en mi opinión, ha sido ***un colapso total de su psique (un paro en su desarrollo) y las semillas, que están germinando y yo diría 'floreciendo', de un trauma en toda regla que creo que durará por mucho tiempo. décadas, si no generaciones***".

Podemos sacar una conclusión clara de todo lo expuesto anteriormente: los gobiernos, han empeorado mucho la situación. Si nos fijamos en el caso de Estados unidos (extrapolable a muchos otros gobiernos a nivel mundial), los casos y muertes por Covid-19 se acercaron nuevamente a los niveles máximos aún con los mandatos de mascarillas, los encierros, el distanciamiento social y la distribución de millones de dosis de "vacunas" antiCovid-19. Según USA Facts en su momento, el promedio de siete días para los nuevos casos fue de 136 636 y 1000 para las muertes el 23 de agosto de 2021. En el máximo de Covid-19, el día 9 de enero, antes de que la campaña de "vacunación" masiva entrara en pleno apogeo, pero después de casi un año completo de mandatos de mascarillas y distanciamientos, hubo un promedio de siete días de 249 501 casos y 3340 muertes. El promedio de siete días el 23 de agosto de 2020, para los casos, fue de 40 408 y 962 muertes.

Algunos profesionales médicos están cuestionando si ***las acciones del gobierno ponen en peligro la inmunidad de rebaño natural***. La inmunidad colectiva ocurre cuando suficientes personas en una población tienen tal nivel de anticuerpos contra un patógeno de una infección previa que la probabilidad de que alguien se infecte (y transmita) el patógeno se reduce considerablemente. El fenómeno afectaría a personas previamente infectadas, así como a personas que nunca estuvieron expuestas.

Los casos de Covid-19 comenzaron a aumentar en julio, siete meses después de que las "vacunas" contra el Covid-19 se distribuyeran de forma gratuita a millones de estadounidenses bajo autorización de uso de emergencia. Después de que el número de casos y muertes comenzó a aumentar repentinamente, el pánico se instaló. Fauci, la Dra. Rochelle Walensky, directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y el Dr. Vivek Murthy, Cirujano General de los Estados Unidos, celebraron una conferencia de prensa el 18 de agosto para afirmar que las "vacunas" de refuerzo serían necesarias para todos los adultos "vacunados" en los próximos meses. **Fauci reconoció que no hay**

datos que respalden la idea de que un refuerzo pueda reducir la transmisión. Las principales preocupaciones de los médicos y científicos es si las "vacunas" están creando variantes resistentes y un fenómeno conocido como mejora dependiente de anticuerpos (ADE), que se produce cuando los anticuerpos no impiden que el virus entre en una célula, sino que aumentan su capacidad, como un caballo de Troya; explicando así el aumento de muertes y de contagios y demostrando que realmente los encierros, el distanciamiento, las mascarillas y la "vacunación", mas que mejorar la situación, claramente, la han empeorado.

Nuestro sistema inmunológico es una red compleja de órganos, tejidos y células que nos ayudan a combatir infecciones y otras enfermedades. Durante los últimos 18 meses, dado que la mayor parte del mundo ha utilizado cubrebocas, permanecido en confinamiento y distanciado entre sí, los niños y los adultos no han estado expuestos a virus y bacterias como lo harían de forma normal.

Cuando los patógenos como virus o bacterias atacan y se multiplican, pueden causar una enfermedad o dolencia que nos enferma. Nuestro sistema inmunológico tiene varias partes, pero las dos principales son: el sistema inmunológico innato, con el que nacemos, y el sistema inmunológico adaptativo, que se desarrolla a medida que estamos expuesto a patógenos. Estos dos sistemas trabajan juntos para proteger nuestra salud.

Al igual que una computadora bien programada, un sistema inmunológico saludable mantiene un registro de cada patógeno al que ha estado expuesto para que pueda reconocerlo rápidamente si se expone de nuevo. El sistema inmunológico se activa cuando el cuerpo se expone a una proteína que no reconoce, llamada antígeno.

Nuestro sistema inmunológico puede volverse hipersensible a un antígeno y causar una reacción exagerada que puede ser fatal, como un shock analáctico. ***A algunos expertos en salud les preocupa que sea posible que los niños hayan experimentado un daño mayor en su sistema inmunológico que los adultos, ya que han pasado la mayor parte de los últimos 18 meses lejos de casi todas las exposiciones***.

Muchos expertos creen que un período corto de tiempo sin contacto con patógenos no debilita la respuesta inmunológica de un adulto a la exposición en el futuro. ***Sin embargo, utilizar mascarillas, el distanciamiento social y los confinamientos han creado un*** entorno ***en el que se ha impedido que los seres humanos entren en contacto con las estrategias ambientales que apoyan y estimulan su sistema inmunológico reduciendo el riesgo de infectarse***. **Por lo que los investigadores han descubierto, son los bebés y los niños quienes podrían tener la respuesta más evidente al distanciamiento social**. Desde principios de 2020, los médicos y hospitales han notado que existen menos infecciones bacterianas y virales que los niños contraen.

Algunos expertos están llamando a una gran cantidad de infecciones por VRS en bebés una "deuda de inmunidad" que se creó cuando los bebés

que nacieron durante 2020 no estuvieron expuestos a otros patógenos. Los hospitales de Nueva Zelanda reportan muchos bebés enfermos con infecciones por VRS y la mayoría con oxígeno.

De acuerdo con The Guardian, Nueva Zelanda reportó una reducción del 99.9% en la gripe y del 98% en el VSR durante 2020. Esto casi eliminó el pico de muertes que ocurre durante los meses de invierno por gripe y el VSR. A corto plazo, es posible que haya evitado una saturación del sistema de atención médica mientras otras personas recibían cuidados por el Covid-19. Sin embargo, ***a largo plazo, es posible que haya creado un problema adicional en bebés y niños***. ***Cuando su sistema inmunológico no se enfrenta a situaciones complicadas a una edad temprana, puede provocar brotes más grandes, lo que agrava el sistema de atención médica***. **A principios de julio de 2021, Nueva Zelanda noticó casi 1000 casos de VSR durante cinco semanas. La cantidad habitual reportada es 1743 durante 29 semanas.** En Canadá, el epidemiólogo Michael Baker, con sede en Wellington, advierte que su país también podría ver una tendencia similar en los casos de VSR en el próximo año, y cree que los bebés prematuros tienen un mayor riesgo.

Los expertos en salud descubrieron que obligar ***a los niños a utilizar una mascarilla durante largos períodos de tiempo mientras están en la escuela y participan en actividades, ha hecho más daño que bien, en especial si se considera que los niños tienen un riesgo menor de contagiarse de Covid-19*** (como demostraré más adelante en este informe).

Aunque es posible que los efectos a largo plazo del distanciamiento social, el uso del mascarillas y los confinamientos no se aprecien por completo durante años, se sabe que los efectos psicológicos del aislamiento social, incluyendo la soledad y el estrés, pueden afectar a nuestra respuesta inmunológica inmediata. Cuando nos sentimos solos, nuestro sistema inmunológico, está reprimido. Los estudios han descubierto que las personas que se sienten conectadas de forma social tienen una probabilidad 50% menor de morir durante el estudio y las personas con vínculos sociales también son menos susceptibles a contraer el resfriado común. ***2020 creó diferentes tipos de factores estresantes que podrían haber tenido un efecto dañino en el sistema inmunológico. El cortisol estimula la producción de azúcar y la epinefrina y la norepinefrina, suben la presión arterial***.

Ejemplos de la sinrazón

El Presidente francés, señor Macron, ha tratado de justificar las medidas que tomó en su momento, en base a un modelo, proporcionado por el Instituto Pasteur. Vamos a analizar dicho modelo:

- En primer lugar, el estudio, es una preimpresión publicada en la plataforma HAL el 28 de junio de 2021. Por lo tanto, en esta etapa, era un documento de trabajo, que no había sido publicado en una revista revisada por pares. Por tanto, queda por confirmar su valor científico.

- De los 8 autores de este artículo, 4, formaban parte del consejo científico de Covid (Yazdan Yazdanpanah, Arnaud Fontanet, Daniel Benamouzig, Simon Cauchemez), que representa casi ¼ de los miembros del consejo científico que incluye 17 miembros.
- Este trabajo es un modelado numérico, basado en un modelo matemático, por lo que no ha sido objeto de experimentos específicos.
- Se basa en muchas suposiciones y en más de 100 parámetros arbitrarios: las ecuaciones matemáticas están incompletas y no permiten que un investigador independiente reproduzca el modelo. Los datos de entrada de esta modelización son inconsistentes con los resultados obtenidos. De hecho, el modelo se basa en particular en un estudio observacional sobre 970 128 contactos dentro de los hogares, durante un período de 24 días, que muestra una transmisión entre un 40% y un 50% menor para las personas "vacunadas" durante más de 21 días. Así, en la modelización del Institut Pasteur, se programa un factor de 2 para la transmisión del virus por "vacunados" frente a no "vacunados". El resultado obtenido es entonces inconsistente con este valor de referencia ya que el cálculo da un contagio dividido por 12 para los "vacunados" en comparación con los no "vacunados", ¿cómo puede encontrar un aumento de un factor de 6 entre los datos ingresados y los datos obtenidos al final del modelo?
- El artículo se basa en otros supuestos a los que se les da un peso significativo en el modelo matemático: la eficacia de la vacuna al 95% (valor basado en la variante original que aún no se ha confirmado con las variantes que circulan actualmente en Francia (Alfa 44% y Delta 28% el 12 de julio); una eficiencia del 80% de infectividad (datos obtenidos con la variante Alfa); 90% de efectividad frente a la hospitalización (hipótesis resultante del propio modelado y que no ha sido validada en la vida real).

El modelo simula diferentes tasas de cobertura de "vacunación" o diferentes estrategias de frenado (confinamiento de toda la población o solo de los no "vacunados") y sirve como guía para las medidas gubernamentales, que en parte se establecen en el preimpreso.

Es importante comprender que un modelo solo puede simular los elementos incluidos en el modelo matemático. Así, para hacer el paralelismo con el comportamiento de los materiales, se podría modelar una varilla de acero seleccionando solo una parte de su comportamiento real (un comportamiento elástico por ejemplo sin incluir su deformación permanente o su rotura). Entonces, el modelo concluiría que esta varilla de acero puede estirarse hasta el infinito sin romperse, lo cual es totalmente incorrecto. Este paralelismo, permite mostrar la fragilidad de un modelo que supuestamente representa la evolución de una nueva epidemia multifactorial y extremadamente compleja, seleccionando sólo unos pocos parámetros que desconocemos si están adaptados a las variantes actuales que circulan en Francia.

A partir de sus modelos, en su momento, el servicio británico de salud volvió a la carga con algo insólito: las "vacunas" han evitado millones de infecciones en Inglaterra. La sanidad cada vez habla menos de lo que ha pasado y más sobre lo que podría haber pasado. Se llama ciencia-ficción.

El 12 de marzo de 2020, el Primer Ministro hizo una declaración en la que aconsejaba que "si tiene síntomas de coronavirus, por leves que sean (tos continua o fiebre alta) debe quedarse en casa durante al menos 7 días para proteger a los demás y ayudar a frenar la propagación de la enfermedad". Por desgracia, cinco días más tarde, Neil Ferguson presentó sus alarmantes predicciones, calculadas a partir de modelos matemáticos, de que el Reino Unido iba a perder 250 000 personas si no se tomaban medidas estrictas.

Los datos de Ferguson se encontraban dentro del documento titulado "Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid-19 mortality and healthcare demand" (Impacto de las intervenciones no farmacéuticas para reducir la mortalidad y la demanda de atención sanitaria de la Covid-19), que continuaba con un contenido que incitaba al miedo, ya que Ferguson argumentaba que la mayoría de los países a nivel mundial se enfrentaban al mismo reto hoy en día con la Covid-19, "un virus con una letalidad comparable a la del H1N1 de 1918". Lo que podría ser otra herramienta para promover el pánico, ya que se estima que la conocida como "gripe española" infectó a 500 millones de personas, responsables de la muerte de 50 millones de personas en todo el mundo. Otros estudios afirman que la repetición de la pandemia de 1918 sería improbable gracias a los 100 años de avances en la comprensión científica de las enfermedades infecciosas, los antibióticos, el menor hacinamiento, la mejora de las condiciones sanitarias, etc.

Aunque Ferguson estaba de acuerdo, seguía manteniendo que la Covid-19 era el "virus respiratorio más grave desde la pandemia de gripe H1N1 de 1918" y aconsejaba una combinación de intervenciones no farmacéuticas (NPI). Éstas incluían el aislamiento de los casos, el distanciamiento social de toda la población y la cuarentena de los hogares o el cierre de las escuelas y universidades, y se mantendrían durante "todo el tiempo que el virus esté circulando entre la población o hasta que se disponga de una vacuna", lo que, según él, sería de al menos 12 a 18 meses. El primer ministro Boris Johnson y sus asesores se convencieron y las medidas de cierre entraron legalmente en vigor el 25 de marzo de 2020. El motivo por el que el gobierno aceptó el consejo de Ferguson es discutible, ya que su historial de predicciones matemáticas modeladas en relación con los virus era bien conocido por su inexactitud a lo largo de los años: 2001 Pie y Boca, 2002 Enfermedad de las Vacas Locas, 2005 Gripe Aviar, 2009 Gripe Porcina.

Increíblemente, a Ferguson y a su equipo del Imperial College se les siguió encargando la modelización de la pandemia de coronavirus. En lugar de las 250 000 muertes y posiblemente hasta 500 000 que se predijeron, el análisis, realizado por la Universidad de Sheffield, la Universidad de Loughborough y los economistas de Economic Insight, sugirió que el número de muertes no causadas por el coronavirus empequeñecía las cifras que sí lo fueron.

Incluso en las primeras ocho semanas de cierre se estimó que hubo 21 544 muertes adicionales, lo que supone una media de 2693 muertes a la semana por otras causas. Argumentaron que el bloqueo no puede salvar de forma plausible la vida de los jóvenes, ya que sus posibilidades de morir por Covid son muy bajas, pero sí podría aumentar las muertes por otras causas. **Los datos de la ONS sobre las muertes por otras causas muestran grandes y repentinos aumentos que sólo comienzan a partir del inicio del encierro**. Se dijo que la política intensiva de Ferguson se había puesto en marcha para reducir la saturación de las camas de cuidados críticos. Desgraciadamente, esto **alteró la percepción de la gente sobre el riesgo de Covid haciéndoles sentir un miedo desproporcionado, lo que les llevó a creer que la Covid era un riesgo mayor de lo que era y en relación con otras condiciones**.

El profesor de la Universidad de Stanford John Ioannidis criticó las predicciones del modelo matemático del asesor del gobierno británico Neil Ferguson y las ha considerado "sustancialmente defectuosas". **Estas predicciones constituyeron los datos responsables de las medidas tomadas frente a la crisis del Covid tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos**.

Es importante destacar que Ferguson es el director en funciones del Consorcio de Modelización del Impacto de las Vacunas (VIMC), que tiene su sede en el Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas del Imperial College. El VIMC también está financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates y por "GAVI, la alianza de las vacunas". Entre los socios de GAVI se encuentran la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, el Banco Mundial y el Programa de Vacunas Infantiles de Bill y Melinda Gates.

Cabe destacar que Bill y Melinda Gates comenzaron a financiar el Imperial College en 2006, cuatro años antes de que la Fundación Gates lanzara la Colaboración para la Década de las Vacunas de los Líderes de la Salud Mundial (GHLLDVC) y un año después de que Ferguson demostrara su parcialidad por las proyecciones exageradas sobre las cifras de mortalidad del H5N1. Hasta finales de 2018, la Fundación Gates ha patrocinado al Imperial College con la friolera de 185 millones de dólares, lo que convirtió a Gates en su segundo mayor patrocinador.

El mayor patrocinador real es el Wellcome Trust, que es una organización benéfica de investigación británica, que comenzó a financiar el Imperial College antes del episodio de la fiebre aftosa de Ferguson y, a finales de 2018, los había financiado con más de 400 millones de dólares. El Wellcome Trust también en 2018 pasó a lanzar su propio equivalente global de la agencia de investigación secreta del Pentágono para combatir los "desafíos de salud más apremiantes de nuestro tiempo." Con 300 millones de dólares de financiación inicial, la iniciativa "Wellcome Leap" iba a atraer a dos antiguos directores de DARPA. Ambos sirvieron anteriormente en las altas esferas de Silicon Valley y su objetivo era "lograr soluciones científicas y tecnológicas revolucionarias" para 2030 o antes, centrándose en los "complejos desafíos sanitarios mundiales."

El Wellcome Trust es transparente sobre cómo Wellcome Leap pretende aplicar los enfoques de Silicon Valley y las empresas de capital riesgo al sector de la

salud y las ciencias de la vida "Wellcome Leap parece ver la "pandemia" como una "ventana de oportunidad", al igual que Klaus Schwab del Foro Económico Mundial. El director general de "Sputnik" de esta generación, Dugan, dijo: "Nos pide que respondamos urgentemente ahora y también que creemos nuevas capacidades para el futuro" Utilizando la "pandemia" como motivación, tienen programas que desarrollan tecnologías médicas invasivas centradas en la tecnología, y también en algunos casos abiertamente transhumanistas, incluyendo un programa centrado exclusivamente en el uso de inteligencia artificial (IA), sensores móviles y tecnología de mapeo cerebral vestible para niños de tres años o menos. Todas las herramientas para una transición suave hacia la cuarta revolución industrial, parece.

Wellcome Trust también se ha unido al brazo de capital riesgo de Google, Google Ventures, para ayudar a Oxford Science Innovations a buscar 600 millones de libras de "inversores externos". Con lo que ambos obtienen enormes beneficios con la "vacuna" Oxford-AstraZeneca. Empieza a tener más sentido por qué la plataforma de vídeo de Google, YouTube, ha prohibido el contenido negativo hacia las "vacunas" Covid-19. Otros inversores principales tienen un gran interés en mantener la negatividad censurada debido a los enormes beneficios que quieren obtener. Junto a google hay ex altos ejecutivos del Deutsche Bank, el gobierno del Reino Unido.

Los dos desarrolladores de la "vacuna", Adrian Hill y Sarah Gilbert, también están dispuestos a hacer una fortuna con la "vacuna", ya que mantienen una participación estimada del 10% en la empresa. Hill, el principal desarrollador de la "vacuna" Oxford-AstraZeneca, sigue dirigiendo un grupo de investigación en Wellcome y también colabora con el Wellcome Trust, concretamente en iniciativas relacionadas con las vacunas. y tienen vínculos con la rebautizada Sociedad Británica de Eugenesia de Francis Galton. Las conexiones siguen y siguen, como un árbol genealógico, y cada rama puede traer conexiones que pueden sorprendernos.

Si volvemos al principio y elegimos otra rama para seguir, encontramos conexiones más que interesantes: un proyecto, ID2020, iniciado por la Fundación Rockefeller, Bill Gates y Microsoft, empresas farmacéuticas transnacionales y empresas tecnológicas. está afirmando la idea de que todos los seres humanos del planeta necesitan una verificación biométrica. Aspiran a un formato de recopilación y recuperación de datos totalmente estandarizado, que permita compartir las identidades de la población mundial, y a un centro de mando impulsado por la IA que funcione sin problemas, calculando la contribución y la amenaza potencial de cada uno para el sistema.

Se podría argumentar que sin las predicciones exageradas del profesor Neil Ferguson a partir de sus modelos matemáticos, las empresas para ganar dinero con las "vacunas" y la vigilancia digital de los actores mencionados anteriormente, no podrían haber comenzado en absoluto. Y lo que es más importante, tampoco se habría producido gran parte del sufrimiento, muchas de las muertes, los abusos, los problemas de salud mental, el aislamiento, la pobreza, las personas que mueren solas.

Mascarillas

Se sabe desde hace décadas que las mascarillas no funcionan contra las epidemias de virus supuestamente respiratorios. Entonces, ¿por qué gran parte del mundo, sin embargo, ha caído en la locura de la mascarilla?

Las autoridades sanitarias a nivel mundial, se han basado en el modelo de las "gotitas" y dicho modelo, no funciona, está obsoleto. Las gotitas respiratorias, que por definición no se pueden inhalar, casi no juegan ningún papel en la transmisión del virus. En cambio, los virus respiratorios se transmiten a través de aerosoles mucho más pequeños, para los cuales, la mascarilla es inútil. Esas mismas autoridades, se fijaron para aplicar su "modelo", en países asiáticos que al principio de todo presentaban baja tasa de infección y supusieron que se debía al uso de las mascarillas; suposición incorrecta porque se olvidaron de los controles fronterizos rápidos que realizaron y de la existencia de factores metabólicos e inmunológicos que podrían haber ayudado a reducir la tasa de contagios. También se fijaron en lo que hacía la República Checa, que fue el primer país no asiático, en introducir las mascarillas allá por la primavera de 2020; debido a que la tasa de infección checa inicialmente se mantuvo baja, muchos 'expertos en salud' concluyeron falsamente que esto se debía a las mascarillas. En realidad, la mayor parte de Europa del Este simplemente se perdió la primera ola de la epidemia.

Desde el punto de vista científico, durante años los estudios nos han demostrado que las mascarillas no funcionan para virus de naturaleza respiratoria, no obstante, por arte de magia, al principio de la pandemia, empezaron a aparecer algunos que decían lo contrario publicando artículos sin base científica. Como se ha demostrado, estaban equivocados, no obstante, curiosamente, son lo que esas autoridades corrieron a utilizar para justificar lo injustificable. En realidad, estos estudios fueron una mezcla de datos de observación confusos, modelos poco realistas y resultados de laboratorio "cocinados" estadísticamente.

Otro factor que contribuyó a la implementación de los mandatos de mascarillas fue la noción de "transmisión asintomática", no obstante, como se ha demostrado en el presente apartado, aunque sigue siendo un tema de amplio debate, la ciencia, ha demostrado en multitud de investigaciones que ese tipo de transmisión, si se produce, es despreciable y siempre muy inferior a la de personas sintomáticas.

Otro factor crucial para que nos impusieran las mascarillas, es lo que podemos llamar el "círculo vicioso" entre la ciencia y la política: los políticos decían "seguir la ciencia", pero los científicos seguían la política, obviando por completo el presupuesto rigor científico, simplemente, para que los políticos estuvieran contentos y dieran la ansiada imagen al mundo de que estaban trabajando por nuestro supuesto bien.

Obviamente, no podemos olvidarnos de los medios de "comunicación", alias medios de "desinformación". Han tenido un papel clave en todo esto, de igual forma que hemos hablado de "círculo vicioso" ciencia-política, también podemos

hablar de “círculo vicioso" periodismo-política. La gran mayoría de los "medios de comunicación" amplificaron la ciencia fraudulenta y la presión política que impulsa los mandatos de la mascarilla. Solo algunos medios de comunicación independientes y algunos expertos verdaderamente independientes, cuestionaron la validez de la evidencia subyacente. Sin embargo, sus voces fueron reprimidas debido a que las dudosas organizaciones de "verificación de hechos" aplicaron con entusiasmo las pautas oficiales y restringieron o censuraron muchos artículos y vídeos que criticaban las mascarillas.

Llegamos al punto culminante, el aspecto sociológico (que explica no sólo el tema de la mascarilla, también todo lo demás relacionado con la supuesta pandemia), la falta de capacidad propia de pensamiento de la mayoría de los ciudadanos que les impide, probablemente por disonancia cognitiva (el psicólogo social Leon Festinger sugirió que los individuos tienen una fuerte necesidad de que sus creencias, actitudes y su conducta sean coherentes entre sí, evitando contradicciones entre estos elementos. Cuando existe inconsistencia entre éstas, el conflicto conduce a la falta de armonía de las ideas mantenidas por la persona, algo que en muchas ocasiones genera malestar), cuestionar el discurso oficial y los “círculos viciosos" inherentes a él; impulsados y espoleados por esos que llamamos “médicos” o “sanitarios" y que en su mayoría faltan al juramento que han hecho de velar por el bienestar de los pacientes, simplemente, para salvar su estatus de vida o, quizá, porque sufren también de disonancia cognitiva. Después de que los mandatos de mascarillas se implementaron a nivel mundial y se gastaron cientos de miles de millones de euros en ellas, pronto se hizo evidente, una vez más, que las máscarillas simplemente no funcionan contra las epidemias de virus respiratorios. Pero en ese momento, ni los políticos, ni los 'expertos en salud', ni los ciudadanos engañados que tuvieron que usarlas durante meses quisieron admitirlo.

En la práctica, la parte filtrante de las mascarillas suele estar compuesta de fibras de polipropileno con un diámetro de unos 5 micrómetros, las cuales dejan poros de entre 10 y 20 micrómetros, mucho mayores que el tamaño típico de virus y bacterias. La eficacia del filtrado depende por tanto del espesor del filtro: cuanto más grueso sea, mayor será el número de eventos de captura.

Existen diferentes tipos de dispositivos:

Los principales tipos de mascarillas usados por la población son cuatro: de tela, higiénicas, quirúrgicas y de alta protección o FFP2 (en algunos lugares N95, con una eficacia equivalente)/ FFP3.

Las mascarillas de tela pueden tener una amplia variedad de propiedades, dependiendo de las características de los materiales usados en su confección, pero en muchos casos no están homologadas en cuanto a su nivel de filtración.

En el caso de las mascarillas higiénicas, su eficacia es limitada y no se recomienda su uso para prevenir la trasmisión del virus.

Las mascarillas quirúrgicas, tienen unas características que por su facilidad de uso y nivel de contención se han convertido en las mascarillas más populares. Su estructura contiene en la mayor parte de los casos tres capas en las que la exterior tiene propiedades hidrofóbicas y la interior, que está en contacto con nuestra piel, boca y nariz la capacidad de absorber la humedad. Están diseñadas para evitar la diseminación de microorganismos solamente de adentro a afuera y se clasifican, según la capacidad de filtración bacteriana, en tipo I y II siendo del 95% y 98% respectivamente.

Estas mascarillas pueden llegar a tener tamaños de poro entre 2 y 10 µm y pueden llegar a contener en torno a un 80 % de las partículas que pueden permanecer en el aire. Además de su tamaño de poro, la carga eléctrica del material contribuye a atraer las partículas con microorganismos presentes en el aire.

Los respiradores FFP2 y FFP3 homologados, supuestamente, tienen capacidad de filtrar más del 92% de las partículas que están en el aire. Además de las propiedades mencionadas para las quirúrgicas, contienen al menos seis capas de aislamiento y tienen un tamaño de poro de la trama menor de 0.5 µm.

Las mascarillas filtrantes, supuestamente, protegen de las partículas tanto de adentro hacia afuera, como viceversa. En Europa se clasifican según la eficacia de filtración mínima de partículas aéreas con tamaño de hasta 0.3 µm, en las categorías FFP1, FFP2 y FFP3, dicha eficacia es del 78%, 92% y 98%, respectivamente. Destacar que en Estados Unidos y otros países, la clasificación es N95, N99 y N100 con capacidades de filtración del 95%, 99% y 100%.

Una eficiencia de filtración del 70% a 3 µm corresponde a:

- 10% de filtración de las partículas de 300 nm = 0.3 µm

- 20% de filtración de las partículas de la fracción respirable (0 a 4 µm).

Una eficiencia filtración del 90% a 3 µm corresponde a:

- 40% de filtración de las partículas de 300 nm = 0.3 µm

- 18-55% de filtración de las partículas de la fracción respirable (0 a 4 µm).

Según dicen, las mascarillas están preparadas para filtrar partículas que tengan un tamaño entre 0.3 y 0.6 µm, es decir, casi todas las partículas que estén entre esos tamaños serán filtradas, entre el 95-98% de ellas. Tienen una red de polipropileno (material plástico derivado del petróleo), fibras de rayón (celulosa proveniente de la madera o de algodón) en una base de resina de acrílico (polímeros a base de polimetracrilato de metilo, plástico derivado de la celulosa, carbón o petróleo), como vemos una composición nada ecológica, muy contaminante.

No solo se debe de analizar la capacidad de filtración frontal (a través del medio filtrante), es tanto o más importante estudiar las filtraciones laterales (a través del sellado facial) (y los diferentes factores que influyen en ambas), ya que en esos casos el agente infeccioso no encontraría ninguna barrera. Como se demuestra, pueden llegar a ser importantes:

Las pruebas estandarizadas suelen realizarse midiendo qué porcentaje de partículas de 0.06 micrómetros (el tamaño típico de un virus) pasan a través de una mascarilla cuando el flujo se fija en 85 litros por minuto, característico de una respiración muy precipitada. Con las mascarillas quirúrgicas, las tasas varían ampliamente: del 4 al 90%, debido sobre todo al paso del aire por los bordes de la mascarilla. Otro tipo de dispositivo es el respirador protector. Estos reciben el nombre genérico de FFP, por las siglas en inglés de "pieza facial filtrante" (filtering facepiece), al que acompaña un número que indica el grado de filtrado. Estos respiradores sí están diseñados para filtrar el aire y reducir el número de partículas y gérmenes que inhala el portador. El nivel de protección ofrecido por las mascarillas se establece considerando el porcentaje de partículas ambientales que penetran dentro del dispositivo de protección. Existen dos vías de penetración: (1) la infiltración a través del sellado facial de la mascarilla y (2) a través del medio filtrante.

El objetivo principal de este estudio fue diferenciar el aporte proveniente de cada una de estas dos vías para partículas cuyo tamaño oscila entre 0.03-1 μm en condiciones de respiración reales. Así, mientras se realizaban pruebas de ajuste convencionales, se evaluaron una mascarilla respiratoria autofiltrante N95 y una mascarilla quirúrgica usada comúnmente en entornos de atención médica. Se compararon los datos de penetración obtenidos en las evaluaciones realizadas con sujetos humanos y con maniquíes para determinar los diferentes tamaños de partículas, así como los patrones de respiración. El número de partículas que penetra mediante infiltración del sellado facial de la mascarilla autofiltrante/mascarilla quirúrgica probadas excedió ampliamente el número de aquellas que lo hacen a través del filtro. Para la mascarilla autofiltrante N95, el exceso fue (en promedio) de un orden de magnitud y se incrementó notablemente al aumentar el tamaño de las partículas ($p < 0.001$): aproximadamente 7 veces mayor para 0.04 μm, aproximadamente 10 veces para 0.1 μm y aproximadamente 20 veces para 1 μm. En el caso de la mascarilla quirúrgica, la tasa de infiltración a través del sellado facial de la misma con respecto al filtro osciló entre 4.8 y 5.8 y no se vio significativamente afectada por el tamaño de las partículas para la fracción del submicrómetro evaluado. El movimiento facial/corporal tuvo un efecto pronunciado en el aporte relativo de las dos vías de penetración. La intensidad de la respiración y las dimensiones faciales mostraron alguna influencia (aunque limitada).

Un hueco del 2% del área de la mascarilla deja pasar el 50% del aire sin filtrar. Las fugas aumentarán cuando más rápidamente respiremos, por ejemplo, cuando hacemos ejercicio (más respiraciones/minuto). Si la mascarilla tiene fugas por el diseño o porque la llevamos mal colocada, será mala, aunque el material sea bueno. Recientemente se ha observado que las mascarillas con pequeñas fugas (que en conjunto representan del 0.5 % al 2 % del área total de la mascarilla)

tienen una reducción de la eficacia total de filtración de la mitad a dos tercios del valor obtenido con la misma mascarilla, pero sin fugas.

El tamaño nanométrico de los agentes víricos suele estar entre 20 y 100 nm (entre 0.02 y 0.1 µm), concretamente el SARS-CoV-2 mide de 50 a 140 nm, es decir, de 0.05 a 0.14 µm / 0.05 a 0.2 µm. Si lo comparamos con los diferentes tamaños de poros que presentan las distintas mascarillas que actualmente están disponibles, observamos que el supuesto virus, es más pequeño que el menor de todos eso diámetros de poros, con lo cual, es lógico suponer que el virus no encontrará mucho obstáculo para atravesar el medio filtrante. Los defensores del discurso oficial comentan que esa circunstancia no es importante puesto que, según dicen:

El comportamiento de las partículas con un tamaño menor a 0.3 µm puede describirse a través del movimiento browniano, lo que las hace más fáciles de filtrar. El movimiento browniano se refiere a un fenómeno en el cual la masa de la partícula es lo suficientemente pequeña como para no tener impedimentos cuando viaja por el aire. Por lo tanto, interactúa con las moléculas en el aire (nitrógeno, oxígeno, etc.), causando que choquen entre ellas y haciendo que se mueva con un patrón errático.

El motivo del enfoque en partículas de 0.3 µm es porque es el "tamaño de partícula más penetrante" (MPPS por sus siglas en inglés). Las partículas con un tamaño mayor se mueven de una manera que podríamos predecir, y quedarán atrapadas en un filtro con espacios más pequeños que el tamaño de partícula.

Según los investigadores, el punto entre el movimiento "normal" y el movimiento browniano es el tamaño de partícula más difícil de capturar para los filtros.

Lo que podríamos concluir de esto es que la alta eficiencia del filtro ante partículas de 0.3 µm o un tamaño mayor, se traducirá, en general, en una alta eficiencia del filtro con partículas de menor tamaño también.

Si esto es correcto, al igual que con cualquiera otra hipótesis, debe de existir concordancia con los resultados obtenidos a nivel experimental. Luego los vamos a comprobar estudiando diferentes publicaciones científicas desde ese punto de vista y analizando las repercusiones para la salud del uso de las mascarillas. La física y la biología de dichas publicaciones demostrarán la falta de eficiencia de estos métodos. **Sería una paradoja que las mascarillas y los respiradores funcionaran, dado lo que sabemos sobre las enfermedades** respiratorias **virales: la principal vía de transmisión son las partículas de aerosol de tiempo de residencia prolongado (<2.5 µm), que son demasiado pequeñas para ser bloqueadas, y la mínima dosis infecciosa es menor que una partícula de aerosol**.

Efectos fisiológicos

En lo que se refiere a los efectos fisiológicos de llevarla puesta; se produce una restricción mecánica de la respiración por aumento de la resistencia en el

movimiento del aire, tanto en la exhalación como en la inhalación. En condiciones normales a nivel del mar, el aire contiene 20.93% de oxígeno y 0,03% de dióxido de carbono, proporcionando presiones parciales de 100 mmHg y 40 mmHg de estos gases en sangre, respectivamente; proporción, que se ve claramente alterada al respirar con una mascarilla. El aire capturado entre la mascarilla y nuestra cara, es reinhalado repetidas veces, conteniendo bajas concentraciones de los dos gases antes mencionados, pudiendo producir **hipoxemia** (reducción del valor en sangre arterial de la presión parcial de O_2 inferior a 60 mmHg) e **hipercapnia** (aumento de la presión parcial arterial de CO_2 igual o mayor a 50 mmHg). La hipoxemia severa, puede además, provocar problemas cardiopulmonares y neurológicos. Bajos niveles de oxígeno en la sangre arterial, pueden provocar **isquemia miocárdica** (reducción del flujo sanguíneo al corazón, reduce la capacidad del músculo cardíaco de bombear sangre), **serias arritmias** (es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco), **disfunción ventricular izquierda o derecha** (es cualquier forma de alteración del funcionamiento cardíaco que se origina en los ventrículos), **mareos, hipotensión**, **síncope** (es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea) e **hipertensión pulmonar** (es un tipo de presión arterial alta que afecta a las arterias de los pulmones y al lado derecho del corazón). Además de las anteriormente citadas, el uso de la mascarilla, puede tener otras consecuencias: **pérdida de masa muscular** por la falta de oxígeno; **eritemas** (inflamación de la epidermis produciendo dermatitis de contacto por irritación de las sustancias químicas propias de las mascarillas (especialmente formaldehido y tolueno),así como el desarrollo de futuras alergias cutáneas por rechazo de tales sustancias), y el **agravamiento de patologías cutáneas faciales ya existentes** (se han multiplicado los casos de dermatitis bucal y proliferación fúngica (hongos)); **rinitis** (así como a nivel oral podría producirse **cuadros de sequedad bucal e infecciones fúngicas** por la mayor temperatura y humedad presentes en el compartimento estanco que se genera entre la boca y la mascarilla); **afecciones del metabolismo** (la disminución regular de la cantidad de oxígeno que accede al organismo a que acabamos de aludir da como consecuencia una menor cantidad de oxígeno en sangre, es decir, déficit crónico de oxígeno celular y tisular. Cuando la célula recibe menos oxígeno, se produce hipoxia celular, que inhibe la fabricación de energía en el nivel mitocondrial. Esto es especialmente grave en el caso de las personas en edad escolar, pues la hipoxia permanente en la etapa del desarrollo del cerebro puede disminuir señaladamente su futura potencialidad cognitiva, y particularmente perverso en el conjunto de las personas, pues la hipercapnia puede producir a medio plazo acidosis en las células, el mejor caldo de cultivo de los tumores y cánceres intersticiales); **pérdida de reflejos** (reducción de las habilidades motoras finas, ya que ni los nervios pueden transmitir fidedignamente las órdenes motrices, ni los músculos implicados pueden producir la energía necesaria para su ejecución); **daños del sistema inmunológico** (se menoscaba y se pasa a ser inmunodeprimido, en los que las consecuencias de un resfriado común o las de una gripe estacionaria serán mucho más graves y aumentarán su letalidad de forma considerable. La razón principal estriba en que el organismo no se mantiene alerta, puesto que no está sometido al intercambio natural y deseable con los habituales gérmenes y

bacterias que propicia la cercanía de otras personas y las interrelaciones sociales).

El uso prolongado de mascarillas, caseras o N95, puede causar desde un 5% hasta un 20% de pérdida de oxígeno, lo que lleva a hipercapnia (dióxido de carbono excesivo en el torrente sanguíneo generalmente causado por una respiración inadecuada), pánico ataques, vértigo, visión doble, acúfenos, problemas de concentración, dolores de cabeza, reacciones lentas, convulsiones, alteraciones en la química sanguínea y asfixia por desplazamiento de aire.

Respirar demasiado dióxido de carbono (CO_2) exhalado puede poner en peligro la vida, según los expertos de los Institutos Nacionales de Salud (NIH). A estas alturas, todos han experimentado, al menos, esa sensación de aturdimiento, mareo y nerviosismo de volver a respirar repetidamente en su propio aire ya procesado. Esos son solo los primeros signos de advertencia de problemas de salud mucho más graves.

De hecho, el uso de una mascarilla todos los días puede provocar alteraciones en la química sanguínea, y eso conduce a "cambios en el nivel de conciencia, si son graves", según Amesh A. Adalja, MD, e investigador principal del Johns Hopkins Center para la seguridad sanitaria en Maryland.

Una neuróloga alemana, la Dra. Margarite Griesz-Brisson, MD, PhD (en farmacología), que se especializa en neurotoxicología y medicina ambiental, advierte que la falta de oxígeno por ***el uso prolongado de una mascarilla puede causar daño neurológico permanente***.

Ella afirma en su investigación, “La respiración de nuestro aire exhalado sin duda creará una deficiencia de oxígeno y una inundación de dióxido de carbono. Sabemos que el cerebro humano es muy sensible a la falta de oxígeno. Hay células nerviosas, por ejemplo, en el hipocampo, que no pueden durar más de 3 minutos sin oxígeno; no pueden sobrevivir. Los síntomas de alerta aguda son dolores de cabeza, somnolencia, mareos, problemas de concentración, disminución del tiempo de reacción, reacciones del sistema cognitivo".

La razón por la que muchos usuarios de mascarillas no son conscientes de que les está sucediendo este daño crónico es porque una vez que una persona tiene privación crónica de oxígeno, todos esos síntomas desaparecen, porque la persona se acostumbra al estado de privación; sin embargo, su eficiencia permanece afectada y la falta de suministro de oxígeno apropiado al cerebro continúa progresando peligrosamente.

Por eso, después de un uso prolongado de la mascarilla muchas personas dicen que ya no "les importa" (es un juego de palabras involuntario porque están perdiendo la cabeza).

Cuanto más crea que se está acostumbrando a usar su mascarilla, más se amplifican los procesos degenerativos en su cerebro, a medida que continúa la falta de oxígeno, explica la Dra. Margarite Griesz-Brisson. Además, las células

nerviosas del cerebro no pueden dividirse de forma normal y las células nerviosas dañadas se regeneran porque el cerebro no puede vaciar la "basura".

Cuanto más metabólicamente activo es el cerebro, más oxígeno necesita, y por eso es absolutamente ridículo que los niños usen mascarillas todo el día. Además, su sistema inmunológico es tan adaptable que necesitan "interacción constante con el microbioma de la Tierra", como dijo la neuróloga alemána.

Esta privación constante de oxígeno, ya sea una tortura lenta al 5% o al 20% durante todo el día, no solo es peligrosa para la salud de niños y adolescentes, sino que inhibe el desarrollo del cerebro, creando daños irreversibles, incluyendo daño neurológico permanente, según un experto en la materia. Deja que eso se asiente por un minuto. Es anestesia inducida por mascarilla. Este es el polo opuesto del valor de ir a la escuela y aprender.

Un médico y ex editor de una revista médica está denunciando toda la estafa de las mascarillas, demostrando cómo se suman al caos de la pandemia, debilitando a los humanos y preparando a las personas para exactamente lo que están tratando de evitar. Las mascarillas Covid están creando y "enmascarando" importantes problemas de salud, de los que ninguno de los usuarios parece darse cuenta:

- Las mascarillas reducen los niveles de oxígeno en la sangre.
- Las mascarillas elevan los niveles de dióxido de carbono en la sangre.
- Las mascarillas atrapan los patógenos virales exhalados, lo que aumenta la carga viral y la gravedad de la enfermedad.
- El SARS CoV-2 se vuelve más peligroso cuando los niveles de oxígeno en sangre disminuyen.
- Las mascarillas dan una falsa sensación de seguridad.
- Las mascarillas desvían el aire exhalado y las plumas patógenas hacia los ojos.
- Las mascarillas son peligrosas para las personas con afecciones médicas preexistentes.
- Las mascarillas de tela aumentan el riesgo de contraer infecciones respiratorias, incluido Covid.

La gente está aterrorizada de contraer Covid porque ataca el sistema respiratorio y hace que los tejidos pulmonares se llenen de líquido. Es una forma horrible de morir, sin embargo, ***las mascarillas también pueden provocar infecciones respiratorias y, en última instancia, la muerte. A medida que las mascarillas inhiben el flujo de aire hacia adentro y hacia afuera de los pulmones, las personas con enfermedades pulmonares crónicas, asma y EPOC están empeorando sus condiciones al usarlas***.

Esto es lo que la mayoría de la gente no sabe. ***Debido a que las mascarillas aumentan la profundidad y la frecuencia de las respiraciones, también aumentan la probabilidad de que cada respiración contenga una mayor cantidad de partículas de virus patógenos***.

***Esto se llama un aumento de la "carga viral", ya que contiene mayores niveles de partículas infecciosas*, justo lo contrario de lo que los CDC, los medios de comunicación y Fauci les dicen a los usuarios de mascarillas**.

***Esto también puede respaldar las partículas virales más profundamente en los pulmones, aumentando la gravedad de la infección por Covid*.**

Incluso después de solo unos minutos de usar una mascarilla para la enfermedad, el usuario puede sufrir una reducción SIGNIFICATIVA en su nivel de oxígeno en sangre, según una investigación realizada por 53 cirujanos que se publicó en una revista médica como un Informe preliminar sobre la desoxigenación inducida por mascarilla quirúrgica durante una cirugía mayor. Los hallazgos sugieren que ***el uso de mascarillas quirúrgicas durante más de una hora al día puede reducir el oxígeno arterial lo suficiente como para "inducir efectos fisiológicamente perjudiciales***".

De hecho, dos casos registrados de privación de oxígeno en la sangre tuvieron consecuencias trágicas. Dos niños chinos murieron de un paro cardíaco repentino mientras corrían con la mascarilla puesta durante las clases de educación física en la escuela. ¿Cómo?

El músculo cardíaco necesita oxígeno para funcionar y sobrevivir, y cuanto más trabaja, más oxígeno necesita. Las mascarillas estaban limitando severamente el flujo de oxígeno, bloqueando la entrada de aire y disminuyendo el oxígeno arterial.

Una crónica pequeña hipoxemia o hipercapnia como resultado del uso de la mascarilla, pueden causar una exacerbación de condiciones cardiopulmonares, metabólicas, vasculares y neurológicas; en adición a ellas, respirar a través de los residuos bacterianos y gérmenes de ambas capas de la mascarilla, puede causar otros problemas de salud. Estos componentes tóxicos son continuamente reinhalados, causándonos autocontaminación. Además aumenta la temperatura y la humedad entre la cara y la mascarilla, lo cual a su vez, favorece el desprendimiento de sustancias tóxicas del material de la mascarilla. Una revisión de la bibliografía, nos muestra que el ***aerosol de las mascarillas, contiene una contaminación de entre 13 y 202 549 virus diferentes. Respirar aire contaminado con altas concentraciones de partículas bacterianas tóxicas y con bajos niveles de oxígeno y altos de dióxido de carbono, desafían continuamente la homeostasis del cuerpo, provocando toxicidad e inmunosupresión***.

Mientras respiramos, podemos inhalar esos agentes patógenos con facilidad a través del tracto respiratorio, puesto que igualmente la molécula de oxígeno es unas decenas de veces mayor que cualquier agente vírico. No existe además

evidencia científica de que el virus pueda transmitirse en el aire suspendido en gotículas o aerosoles y pueda ser transportado así con capacidad de infección, ni tampoco a través de superficies (reconocido por el propio Ministerio de Sanidad (pag 8 y por la OMS). Finalmente, debería tenerse en cuenta que más del 50% de las infecciones víricas ocurren a través de la mucosa del ojo, por lo que en buena lógica deberíamos cubrir también nuestras retinas oculares.

Analizando todo lo expuesto anteriormente y considerando la alta y variada incidencia del uso permanente y habitual de las mascarillas en los procesos fisiológicos del organismo; parece razonable dudar de la justificación que la vigente normativa sanitaria establece para justificar su uso, basada únicamente en supuestos datos epidemiológicos que sólo existen en los medios "informativos". Frente a tal evidencia, los múltiples efectos negativos sobre la fisiología del organismo, que serán irreversibles en mayor medida cuanto más jóvenes sean las personas que utilizan las mascarillas y cuanto más tiempo se prolongue la medida de "protección", siendo de gravedad en edades tempranas, por el número de horas diarias que se les obliga a usarla.

Para los niños y adolescentes, las mascarillas son una absoluta aberración. Tienen un sistema inmunológico extremadamente activo y adaptativo y necesitan una interacción constante con el microbioma de la Tierra. Su cerebro también es increíblemente activo, ya que tiene mucho que aprender. El cerebro del niño, o el cerebro del joven, está sediento de oxígeno. Cuanto más metabólicamente activo es el órgano, más oxígeno necesita. Todos los órganos de los niños y adolescentes son metabólicamente activos. Privar de oxígeno al cerebro de un niño o adolescente, o restringir su oxigenación de cualquier forma, no sólo es peligroso para su salud, es absolutamente criminal. La deficiencia de oxígeno inhibe el desarrollo del cerebro y el daño resultante no puede revertirse. El niño necesita que su cerebro aprenda y el cerebro necesita oxígeno para funcionar. No necesitamos un estudio clínico para eso. Esto es fisiología simple e indiscutible. La deficiencia de oxígeno inducida consciente y sistemáticamente, es un peligro para la salud absolutamente deliberado y una contraindicación médica absoluta. En medicina, una contraindicación médica absoluta significa que ese fármaco, esa terapia, ese método o medida; no debe usarse y no se permite su uso. Para coaccionar por la fuerza a toda una población a utilizar una contraindicación médica absoluta, debe haber razones definidas y serias para ello y, éstas deben ser presentadas a órganos interdisciplinarios e independientes competentes para su verificación y autorización.

Si bien hay que niños que toleran la mascarilla con relativa facilidad, hay otros de los que no se puede esperar que la usen en conciencia, especialmente cuando la boca y la protección de la nariz en los niños más pequeños, no es necesaria; además, encontramos testimonios de padres, profesores y médicos sobre estigmatización, exclusión y comportamiento agresivo hacia los niños que no usan mascarilla por razones psicológicas o médicas. El uso inadecuado de mascarillas, que suele ser el caso de los niños, puede aumentar el riesgo de propagación y transmisión de patógenos como consecuencia de una mayor

tendencia a poner sus dedos en su cara y, por lo tanto, puede ser peor que no usar una mascarilla en algunos casos.

Si analizamos el espectro de síntomas de los informes de quejas por el uso de mascarillas, los niños presentan en más del 66% una amplia variedad de ellos, tanto en el plano físico (erupciones, dolores de cabeza, etc), como en el mental (miedos, irritabilidad, etc), como en el intelectual (desórdenes de concentración). Además de las deficiencias agudas de salud, en algunos casos, significativamente experimentadas, los efectos a largo plazo en varias áreas de desarrollo como: lenguaje, juegos, aprendizaje, comunicación, desarrollo sensoriomotor y empatía; son difíciles de evaluar. Los frecuentemente reportados dolores de cabeza y dificultades de concentración, deben ser profundamente estudiados por su importancia para el desarrollo cognitivo del niño. La ocurrencia de efectos secundarios en niños como consecuencia de llevar mascarilla, debe ser tenida en cuenta muy seriamente y requiere de una clarificación precisa de las consecuencias para su salud, de la situación (duración, descansos y tipo de mascarilla) y de la situación del colegio. No debemos olvidar que la incidencia del coronavirus en niños es prácticamente nula (ver apartado "vacunación" de niños-adolescentes) y que no se ha demostrado que el virus esté en el aire y tenga capacidad de infección (ver este informe). También es importante recordar, que no se ha demostrado su transmisión a través de superficies (ver este informe).

Psiquiatra Mark McDonald, MD:

Los médicos son informantes obligatorios. Cuando somos testigos o sospechamos de abuso infantil, estamos obligados tanto ética como legalmente a denunciarlo a los servicios sociales o a la policía. Si un niño se presenta a terapia o tratamiento con medicamentos cubierto de quemaduras de cigarrillo, un médico no puede ignorarlo. Las mascarillas no son diferentes. ***Es posible que no dejen cicatrices físicas (aunque a menudo resultan en dolorosas infecciones de la piel que pueden conducir a una desfiguración facial permanente), pero sí causan un daño significativo y posiblemente permanente en el cerebro de un niño, retrasando el desarrollo del habla y el lenguaje, paralizando las habilidades sociales e incitando a un círculo vicioso de desregulación emocional que conduce a una depresión mayor, autolesiones y abuso de sustancias***. Nunca permitiríamos que alguien le haga esto a nuestros hijos directamente, entonces, ¿por qué lo aprobamos a través de una mascarilla facial?

El neurocirujano pediátrico Ben Carson explicó en una entrevista que ***las políticas de Covid mal informadas ordenadas por los gobiernos probablemente tendrán*** impactos ***médicos adversos a largo plazo en los niños***.

"***Para un niño sano, la*** incidencia ***de muerte por Covid es del 0.025%. Pero no tenemos idea de cuál será el efecto a largo plazo de estas proteínas de pico sobre ellos***", dijo Carson. "***Así que estamos intercambiando casi ningún riesgo por un riesgo*** permanente ***a largo plazo. Eso no tiene ningún sentido***.

"Mire el uso de mascarillas, particularmente a una edad temprana cuando está tratando de desarrollar su imagen sociológica de sí mismo. Mucho de eso viene a través de comentarios positivos que obtienes al mirar las expresiones faciales de las personas. ***Vamos a terminar con toda una generación de personas patológicas que no saben cómo* interactuar *entre sí***.

Mire la cantidad de visitas de niños a la sala de emergencias, año tras año, de 2021 a 2022: ***las emergencias psiquiátricas han* aumentado *un 40%***.

Imagina lo que debe de ser para un niño pequeño. Tienes que usar una mascarilla. No puedes ver las expresiones faciales. Luego le dicen que puede estar albergando alguna enfermedad mortal. Puede que no te enfermes, pero puedes transmitírselo a tu abuela y ella puede morir".

Constatación científica de su inutilidad y peligrosidad

Veamos lo que dicen los estudios científicos:

La revista médica The Lancet, ha publicado un estudio ***que desacredita un*** estudio ***de los CDC muy citado que se utilizó para respaldar los mandatos de mascarillas en las escuelas***.

Específicamente, el estudio no solo replica el estudio de los CDC, que encontró una "asociación negativa" entre las mascarillas y los casos pediátricos de Covid-19, sino que también amplía el estudio para incluir más distritos durante un período de tiempo más largo. Al final, el nuevo estudio tenía casi seis veces más datos que el estudio original.

"La incorporación de una muestra más grande y un período más largo ***no mostró una relación significativa entre los mandatos de mascarillas y las tasas de casos***", encuentra el estudio. "Estos resultados persistieron cuando se usaron métodos de regresión para controlar las diferencias entre distritos".

Es probable que los distritos escolares que optan por exigir el uso de mascarillas sean sistemáticamente diferentes de los que no lo hacen en múltiples formas, a menudo desapercibidas. ***No pudieron establecer una* relación *entre el enmascaramiento escolar y los casos pediátricos utilizando los mismos métodos pero con una población más grande y más diversa a nivel nacional durante un intervalo más largo***. El estudio demuestra que ***los estudios observacionales de intervenciones con tamaños de efecto pequeños a moderados son propensos al sesgo causado por la selección y las variables omitidas***.

Estudios ***de población mostraron que el uso de mascarillas resulta en una mayor incidencia de Covid-19 o no tiene ningún impacto***. Ninguna de las jurisdicciones examinadas experimentó una disminución en la incidencia de Covid-19 después de la introducción de los mandatos de mascarillas, excepto dos que ya habían comenzado un fuerte descenso en los casos de Covid-19 semanas antes. **Se proponen dos mecanismos físicos** para contribuir directamente a

este hallazgo, basados en la investigación disponible actualmente. ***La primera es la mecánica de dispersión de gotitas respiratorias dispersas que se aerosolizan al chocar con la malla de una mascarilla al exhalar hacia afuera y luego permanecen en el aire. El segundo son los chorros periféricos presurizados y distantes de aerosol exhalado sin filtrar de los bordes de una mascarilla. Estos fenómenos hacen que las partículas virales permanezcan más tiempo y viajen más lejos en el espacio aéreo de una persona enmascarada que las gotas respiratorias exhaladas que caen cerca del cuerpo desde los orificios de una persona sin mascarilla. También existen mecanismos químicos para el aumento de casos de Covid-19 en poblaciones que usan las mascarillas. Es probable que esto se deba a la supresión inmunológica causada por condiciones hipóxicas e hipercápnicas, así como a cilios inmovilizados en los pulmones y a una superficie cutánea reducida disponible para la luz solar para la producción de vitamina D***. Por lo tanto, ***se recomienda precaución contra el uso de mascarillas entre aquellos que desean reducir el riesgo, ya sea para ellos mismos o para otros, de infección por la enfermedad del SARS-CoV-2 o Covid-19***.

Un estudio observacional escrito por el médico alemán Zacharias Fögen, se publicó en la revista Medicine en febrero del 22. En él se examinó "si el uso obligatorio de mascarillas influyó en la tasa de letalidad en Kansas" del 1 de agosto al 15 de octubre de 2020. Kansas se utilizó para la comparación porque el estado permitió que cada uno de sus 105 condados decidiera si implementar o no mandatos de mascarillas. Ochenta y un condados decidieron en contra de la medida.

Un análisis de paralelización basado en datos a nivel de condado mostró que ***en Kansas, los condados con mandatos de uso de mascarillas tenían tasas de letalidad*** significativamente ***más altas que los condados sin mandato de uso de mascarillas***.

"***Los resultados de este*** estudio ***sugieren fuertemente que los mandatos de mascarilla en realidad causaron alrededor de 1.5 veces la cantidad de muertes o aproximadamente un 50% más de muertes en comparación con los mandatos sin mascarilla***", escribió Foegen.

El estudio indicó que ***el uso de mascarillas podría imponer un gran riesgo a las personas***, ***que no se mitigaría con una reducción en la tasa de infección***.

Un estudio realizado por la Universidad de Louisville utilizando datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, descubrió que el 80% de los estados de Estados Unidos, obligaron a utilizar mascarillas durante la pandemia de Covid-19, pero aunque ***los mandatos*** provocaron un mayor cumplimiento de las mascarillas, ***no lograron menores tasas de crecimiento cuando la propagación en la comunidad era baja (mínima) o alta (máxima)***. El estudio también descubrió que ***los mandatos y el uso de mascarillas no están asociados a una menor propagación del SARS-CoV-2***

entre los estados de EE.UU. "***Nuestros hallazgos no apoyan la hipótesis de que las tasas de transmisión del SARS-CoV-2 disminuyan con un mayor uso público de las mascarillas***". El estudio señaló que las mascarillas pueden promover la comunión social como símbolos de unión durante una pandemia, pero también puede producirse una discriminación por riesgo. Los investigadores describieron múltiples desventajas de llevar una mascarilla, entre ellas:

El uso prolongado de mascarillas (>4 horas al día) ***favorece la alcalinización facial y fomenta inadvertidamente la deshidratación, lo que a su vez puede aumentar la ruptura de la barrera y el riesgo de infección bacteriana***. Los clínicos británicos han informado de que las mascarillas aumentan los dolores de cabeza y la sudoración y disminuyen la precisión cognitiva. A pesar del sesgo de las encuestas, estas secuelas están asociadas a los errores médicos. ***Al oscurecer la comunicación no verbal, las mascarillas interfieren en el aprendizaje social de los niños***. Asimismo, las mascarillas pueden distorsionar el discurso verbal y eliminar las señales visuales en detrimento de las personas con pérdida de audición; los protectores faciales transparentes mejoran la integración visual, pero hay una pérdida correspondiente de la calidad del sonido. La investigación también descubrió que ***los mandatos de mascarilla eran malos indicadores de la propagación del Covid-19***.

En resumen, los mandatos y el uso de la mascarilla fueron malos indicadores de la propagación del Covid-19 en los Estados Unidos. El crecimiento de casos fue independiente de los mandatos en las tasas bajas y altas de propagación en la comunidad y el uso de la mascarilla no predijo el crecimiento de casos durante las olas de verano u otoño-invierno. Los puntos fuertes del estudio incluyen el uso de dos métricas de mascarilla para evaluar la asociación con las tasas de crecimiento de Covid-19; la medición del crecimiento normalizado de casos en estados con y sin mandato en momentos comparables para cuantificar el efecto probable de los mandatos; y la disolución del efecto del uso de la mascarilla mediante el examen del crecimiento de casos en estados con uso variable de la mascarilla.

Vax Control Group suplió oportunamente la ausencia de controles de seguridad de los sueros experimentales, y ha reunido datos de 305 000 participantes voluntarios (de 175 países) que eligieron no inocularse contra Covid-19. Los investigadores responsables han escrito un artículo (actualmente como pre-print y en proceso de revisión por pares) en el que reportan los resultados de cinco meses de colecta de datos en 18 500 participantes que enviaron mensualmente sus informes de salud.

Encontraron que ***las tasas de infección o reinfección (basadas en PCR) y casos de enfermedad leve, moderada y severa (que requirieran hospitalización) compatibles con los síntomas reportados para Covid-19, fueron muy bajos en los no inoculados, y que las infecciones y síntomas fueron los más bajos en personas que reportaron no utilizar mascarillas***. No debiera sorprendernos eso último, pero si aún les cuesta entender el porqué no debiera causar sorpresa, es bueno recordar que ***tener un pedazo de tela o***

fibra sintética día tras día, durante horas, sobre nariz y boca, genera un ambiente propicio para que proliferen bacterias de nuestra piel, boca y nariz. Esto es una excelente forma de alterar ***la ecología de nuestro microbioma, un proceso llamado disbiosis y que estas alteraciones son una excelente forma de estar más susceptibles si nos enfrentamos a un patógeno. El mejor*** filtro ***natural que tenemos se llama 'fosas nasales' y este cuenta con un sistema de mucosidad y filtrado que genera una barrera 'anti partículas foráneas' envidiable por cualquier KN-95 (sin costar un céntimo)***.

El significado de este primer reporte es muy relevante: ***si SARS-COV-2 fuera el 'virus mortal y maldito' que las farmacéuticas, medios y muchos médicos quieren hacerle creer al público y si la única forma de evitar contagiarse y enfermar (y morir) de Covid-19 fuera con las inoculaciones (las cinco o más dosis que están ahora promulgando), entonces*** esperaríamos ***que las personas no inoculadas tuvieran altísimas tasas de contagio, enfermedad y muerte. Eso no es lo que se encontró en este reporte; fue todo lo*** contrario.

En otro estudio, se realizó una revisión bibliográfica sobre la prevención de la infección en el quirófano. Si bien se ha demostrado que los movimientos faciales detrás de una mascarilla pueden aumentar la contaminación, ***no se ha demostrado que llevar una mascarilla provoque mucha diferencia en la contaminación del quirófano o que el número de bacterias aerotransportadas pueden correlacionarse de alguna manera con una infección***. Parece que la contaminación mínima se puede lograr mejor sin usar una mascarilla, pero operando en silencio. ***Cualquiera que sea su relación con la contaminación, recuentos bacterianos, o con la diseminación de fragmentos, no hay evidencia directa de que el uso de las mascarillas reduzca la infección***.

Ni las mascarillas ni los confinamientos impidieron la propagación del virus. Esta reseña resume 400 artículos.

El metaanálisis de 65 estudios revela que ***las mascarillas inducen el síndrome de agotamiento inducido por mascarillas*** (MIES). El estudio profundiza en los daños del uso de mascarillas y se suma a un cuerpo cada vez mayor de literatura biomédica sub-reportada, si no directamente censurada y suprimida, que se ha acumulado y refuta la narrativa ampliamente difundida de que las mascarillas son seguras y efectivas, y que las recomendaciones para el uso de agencias como los CDC están basadas en evidencia, lo que claramente no es así. Revela que ***existen efectos adversos claros y científicamente demostrables para los usuarios de mascarillas, tanto a nivel psicológico y social como físico***.

Un equipo de investigadores ha evaluado 109 estudios de mascarillas y ha publicado los resultados en la reconocida Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública (IJERPH). Los científicos encuentran ***no solo muchos***

efectos que ponen en peligro la salud, como la supresión del sistema inmunológico hasta promover el desarrollo de tumores, sino también un síndrome de agotamiento inducido por una mascarilla, MIES para abreviar:

- ***Usar una mascarilla tiene efectos drásticos en la salud*.**
- ***El acné, los dolores de cabeza, la ansiedad, la depresión, el sistema inmunológico debilitado e incluso el cáncer son posibles consecuencias del uso de una mascarilla***.
- Se deberían emitir certificados de mascarilla para muchas enfermedades.
- ***No se ha demostrado científicamente que tenga sentido usar una mascarilla***.

Incluso el médico, científico y coautor del estudio, el Dr. Kai Kisielinski está sorprendido, como admite en una entrevista con Milena Preradovic. ***Los efectos secundarios y los peligros son enormes. "El uso prolongado de mascarillas por parte de la población en general, podría tener efectos y consecuencias relevantes en muchas áreas médicas***", escriben los científicos en el resumen de su estudio.

Las erupciones cutáneas de las mascarillas son una consecuencia común. El acné se desarrolla en hasta el 60% de los usuarios de mascarillas, explica el médico. Pero las mascarillas también afectan la respiración. Se demostró que el uso de una mascarilla FFP2 casi duplica el volumen del espacio muerto, es decir, la cantidad de aire que solo se mueve hacia adelante y hacia atrás al inhalar y exhalar, y la resistencia respiratoria es casi un 130% mayor. Se puede absorber menos oxígeno (O_2) y se puede emitir menos dióxido de carbono (CO_2). Esto cambia el nivel de estos gases en la sangre.

Según el Dr. Kisielinski ***hay efectos negativos en los órganos internos y el sistema nervioso central***. **Se encontró que hay una expansión de los vasos sanguíneos en el cerebro, lo que puede provocar dolores de cabeza, pero también reacciones de pánico y ansiedad**. **Demasiado CO_2 en la sangre también puede aumentar la presión arterial.** ***Las mascarillas también pueden influir en el metabolismo celular de tal forma que el sistema inmunológico se debilita y posiblemente incluso se podrían favorecer enfermedades tumorales***.

Además de la dificultad para respirar y los dolores de cabeza, el grupo de investigación también encontró el llamado síndrome de agotamiento inducido por mascarilla **(MIES)**, ***que puede causar síntomas como la concentración, el pensamiento e incluso trastornos del habla***. Se pudo demostrar que la caída de oxígeno en sangre se correlaciona con el síntoma de agotamiento. ***Si se usa la mascarilla durante períodos prolongados, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria aumentan y la profundidad de la respiración disminuye. El trabajo respiratorio en constante aumento causa daños en la sangre y las arterias coronarias y el aumento de los latidos del corazón***

podría causar enfermedades neurológicas y cardíacas. Según Kisielinski, aún deben investigarse las posibles consecuencias a largo plazo.

En el caso de los niños en particular, el médico considera que llevar una mascarilla es cuestionable basándose en los hechos. Señala que además de los problemas de salud descritos, pueden surgir problemas de comunicación y la capacidad de empatizar disminuye.

Para muchas enfermedades, como la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), la enfermedad renal crónica o los trastornos de pánico, se deben emitir certificados de liberación de mascarillas, dice el médico. Esto también sería **importante para las mujeres embarazadas, ya que los niveles excesivamente altos de CO_2 en la sangre pueden tener un impacto negativo en el feto**. **El formaldehído contenido en las mascarillas también puede tener efectos nocivos cuando la mascarilla se usa durante largos períodos de tiempo y las partículas de plástico inhaladas (hechas de polipropileno) provocan irritación de las membranas mucosas**.

Dr. Kisielinski también señala que ***el proceso de infección apenas se vio influenciado por el uso de una mascarilla***, como han demostrado muchos estudios. También explica que ***el uso incorrecto generalizado puede provocar la acumulación de gérmenes en la mascarilla, como hongos, virus de la influenza o diversos patógenos que causan neumonía. Por lo tanto, existe la posibilidad de que las enfermedades sean causadas en primer lugar por el uso de una mascarilla***, explica Kisielinski.

Según el equipo de investigación, su trabajo está diseñado para proporcionar una primera presentación científica rápida de los riesgos del uso general obligatorio de mascarillas, centrándose en los posibles efectos médicos adversos de las mascarillas, especialmente en determinados grupos de diagnóstico, pacientes y usuarios. Resumen su estudio de la siguiente manera:

"El objetivo era encontrar, probar, evaluar y compilar efectos secundarios relacionados científicamente probados del uso de mascarillas. Para una evaluación cuantitativa, se referenciaron 44 estudios, en su mayoría experimentales, y para una evaluación sustantiva, se encontraron 65 publicaciones. La literatura reveló efectos adversos relevantes de las mascarillas en numerosas disciplinas. En este trabajo nos referimos al deterioro psicológico y físico, así como a los múltiples síntomas descritos por su presentación consistente, recurrente y uniforme desde diferentes disciplinas como Síndrome de Agotamiento Inducido por Mascarillas (MIES).

La evaluación objetivada evidenció cambios en la fisiología respiratoria de los usuarios de mascarillas con una correlación significativa de caída de O_2 y fatiga ($p<0.05$), una co-ocurrencia agrupada de insuficiencia respiratoria y caída de O_2 (67%), mascarilla N95 y aumento de CO_2 (82%), mascarilla N95 y gota de O_2 (72%), mascarilla N95 y dolor de cabeza (60%), insuficiencia respiratoria y aumento de temperatura (88%), pero también aumento de temperatura y

humedad (100%) debajo de las mascarilla. ***El uso prolongado de mascarillas por parte de la población en general podría tener efectos y consecuencias relevantes en muchos campos médicos***".

Los investigadores proporcionaron el siguiente contexto importante para su trabajo:

"Los posibles efectos drásticos e indeseables encontrados en áreas multidisciplinarias ilustran el alcance general de las decisiones globales sobre mascarillas en el público en general a la luz de la lucha contra la pandemia. Según la literatura encontrada, ***existen efectos adversos claros y científicamente registrados para el usuario de la mascarilla, tanto a nivel psicológico como social y físico***".

Ni las instituciones de nivel superior como la OMS o el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) ni las nacionales, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, GA, EE. UU. (CDC) o el RKI alemán, se fundamentan con datos científicos sólidos un efecto positivo de las mascarillas en el público (en términos de una tasa reducida de propagación de Covid-19 en la población). Contrariamente al estándar científicamente establecido de la medicina basada en la evidencia, las autoridades sanitarias nacionales e internacionales han emitido sus valoraciones teóricas sobre las mascarillas en lugares públicos; el uso obligatorio de mascarillas da una sensación engañosa de seguridad.

"Desde el punto de vista epidemiológico de las infecciones, ***las mascarillas en el uso diario presentan el riesgo de autocontaminación por parte del usuario tanto desde el interior como desde el exterior, incluso a través de las manos contaminadas. Además, las mascarillas se empapan con el aire exhalado, que potencialmente acumula agentes infecciosos de la nasofaringe y también del aire ambiental en el exterior y el interior de la mascarilla***".

En particular, ***deben mencionarse aquí las bacterias y hongos que causan infecciones graves pero también los virus. El aumento inusual en la detección de rinovirus en los estudios centinela del RKI alemán de 2020 podría ser un indicio de este fenómeno***. Por tanto, sería deseable una aclaración mediante nuevas investigaciones.

Los científicos consideran que ***las mascarillas, cuando las usa el público en general, presentan un riesgo de infección porque el público en general no puede seguir las normas de higiene estandarizadas de los hospitales. Además de eso, los usuarios de mascarillas (quirúrgicas, N95, de tela) exhalan partículas relativamente más pequeñas (tamaño de 0.3 a 0.5 µm) que las personas sin mascarilla y el habla más fuerte debajo de las mascarilla amplifica aún más este aumento de la producción de aerosoles finos por parte del usuario de mascarilla (efecto nebulizador)***.

La historia de los tiempos modernos muestra que ya en las pandemias de influenza de 1918-1919, 1957-58, 1968, 2002, en el SARS 2004-2005 y con la influenza en 2009, las mascarillas en el uso diario no pudieron lograr el esperado éxito en la lucha contra escenarios de infección viral. Las experiencias llevaron a estudios científicos que describían ya en 2009 que ***las mascarillas no muestran ningún efecto significativo con respecto a los virus en un escenario cotidiano***.

Incluso más tarde, ***los científicos y las instituciones calificaron las mascarillas como inadecuadas para proteger al usuario de forma segura de las infecciones respiratorias virales***. Incluso en el uso hospitalario, las mascarillas quirúrgicas carecen de pruebas sólidas de protección contra los virus. Originalmente nacida del conocimiento útil de proteger las heridas del aliento de los cirujanos y de la contaminación por gotitas predominantemente bacterianas, la mascarilla ha sido visiblemente mal utilizada con un uso diario popular en gran parte incorrecto, particularmente en Asia en los últimos años.

Es significativo que el sociólogo Beck describiera la mascarilla como un cosmético de riesgo ya en 1992. Desafortunadamente, ***la mascarilla es inherente a un círculo vicioso: estrictamente hablando, solo protege simbólicamente y al mismo tiempo representa el miedo a la infección. Este fenómeno se ve reforzado por la propagación colectiva del miedo, que se nutre constantemente de los principales medios de comunicación***.

Hoy en día, ***la mascarilla representa una especie de apoyo psicológico para la población en general durante la pandemia del virus, prometiéndoles una libertad de movimiento adicional que reduce la ansiedad***. La recomendación de usar mascarillas en el sentido de "control de fuentes" no por autoprotección sino por "altruismo" también es muy popular entre los reguladores y la población de muchos países. La recomendación de la OMS de la mascarilla en la pandemia actual no es solo un enfoque puramente infeccioso, sino que también es clara sobre las posibles ventajas para las personas sanas en el público en general. En particular, se menciona una posible reducción de la estigmatización de los usuarios de mascarillas, la sensación de una contribución a la prevención de la propagación del virus, así como el recordatorio de adherirse a otras medidas.

Además, los investigadores señalaron que existen patrones recurrentes de problemas de salud relacionados asociados con el uso de máscarillas, lo que los llevó a acuñar el término síndrome de agotamiento inducido por mascarillas (MIES), que abarca los siguientes cambios fisiopatológicos y quejas subjetivas:

Aumento del volumen del espacio muerto; aumento de la resistencia respiratoria; aumento del dióxido de carbono en sangre; disminución de la saturación de oxígeno en sangre; aumento de la frecuencia cardíaca; disminución de la capacidad cardiopulmonar; sensación de agotamiento; aumento de la frecuencia respiratoria; dificultad para respirar y falta de aire; dolor de cabeza; mareos; sensación de

***humedad y calor; somnolencia (déficits neurológicos cualitativos); disminución de la percepción de empatía; función de barrera cutánea alterada con acné, picazón y lesiones cutáneas*.**

Los investigadores señalan que los efectos descritos anteriormente se han observado en estudios de personas sanas, lo que implica que las personas enfermas tendrán efectos aún más pronunciados al usar mascarillas. Además, señalaron que estos efectos observados en estudios previos implicaron tiempos de exposición significativamente más bajos de lo que se espera actualmente que sea el caso en el público en general bajo las regulaciones y ordenanzas pandémicas actuales.

El uso de una mascarilla facial da como resultado ***la exposición a concentraciones peligrosas de dióxido de carbono en el aire inhalado, incluso cuando la mascarilla se usa durante solo cinco minutos cuando está sentado***, según un estudio.

Con las mascarillas quirúrgicas, la concentración de CO_2 del aire inhalado superó ***la zona de peligro de 5000 ppm en el 40% de los casos***. ***Con respiradores FFP2 lo superó en el*** 99% ***de los casos***. ***Las concentraciones de CO_2 fueron más altas para los*** niños ***y para aquellos que respiraban con más frecuencia***.

Entre los niños menores de 18 años, la concentración media de CO_2 mientras usaban una mascarilla quirúrgica estaba muy por encima del límite seguro ***de 6439 ppm; para un respirador FFP2 fue casi el doble nuevamente a 12 847 ppm***. Los investigadores encontraron que ***las respiraciones por minuto solo tenían que aumentar en tres, a 18, para que la concentración media alcanzara las 5271 ppm en una mascarilla quirúrgica y superara el límite seguro***.

Si bien los hallazgos son claramente preocupantes, los investigadores señalan que "las condiciones experimentales, con los participantes en completo reposo y en una habitación constantemente ventilada, estaban lejos de las experimentadas por trabajadores y estudiantes durante un día típico, normalmente en habitaciones compartidas con otros personas o haciendo algún grado de actividad física". ***En tales condiciones, es probable que la concentración de CO_2 del aire inhalado sea*** considerablemente mayor.

Si bien el estudio no encontró una reducción en la saturación de oxígeno en la sangre durante los cinco minutos de observación de una persona en reposo, los autores señalan que ***la*** investigación ***sobre 53 cirujanos que usaron mascarillas durante un período prolongado encontró que la saturación de oxígeno en la sangre disminuyó notablemente***.

Agregan que ***la exposición al CO_2 en el aire inhalado en concentraciones superiores a 5000 ppm por períodos prolongados es "considerada inaceptable para los trabajadores, y está*** prohibida ***en varios países,***

porque frecuentemente provoca ***signos y síntomas como dolor de cabeza, náuseas, somnolencia, rinitis y rendimiento cognitivo reducido"***.

Según un meta-análisis de estudios publicados hasta abril de 2020, realizado por el Instituto Nacional de Salud de Perú; ***no existe evidencia de la efectividad del uso de mascarillas en la reducción del riesgo de infecciones respiratorias virales***. Según un meta-análisis de estudios publicado en la New England Journal of Medicine; ***la utilización de mascarillas ofrece una eficacia mínima si es que ofrece***. Según un meta-análisis de estudios titulado Eficacia de las Mascarillas Contra Infecciones Respiratorias realizado por Oxford Academic y IDSA Infectious Diseases Sosiety of America (Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas); ***la evidencia existente sobre la utilidad de las mascarillas es escasa y los hallazgos son inconsistentes***. Según un meta-análisis de estudios hecho por la Universidad de Cambridge; ***ninguno de los estudios revisados mostró un beneficio derivado del uso de una mascarilla, ya sea en el personal sanitario o en los miembros de la comunidad en los hogares***. Según un meta-análisis de 14 estudios realizado por los CDC, ***la evidencia encontrada en los 14 ensayos controlados aleatorios de estas medidas [higiene de manos y mascarillas faciales] no apoyó un efecto sustancial en la reducción de transmisión viral***. Según un meta-análisis de 17 estudios realizado por la Health Protection Agency, London, (la Agencia de Protección de la Salud de Londres); en los 17 estudios analizados ***no hay evidencia concluyente de que las mascarillas proporcionen protección contra contagios***. Según un meta-análisis de 21 estudios hecho por la Universidad de Londres titulado Máscaras Faciales para Prevenir la Transmisión de Infecciones Respiratorias Virales; ***la evidencia científica es ambigua en cuanto a si el uso de mascarillas reduce las infecciones respiratorias virales***.

Un nuevo estudio publicado en The Southern Medical Journal (SMJ) descubrió que una orden para ***el uso de las mascarillas en todo el condado de Bexar,*** *Texas,* ***no llevó a una reducción de las tasas de hospitalización por Covid-19 ni de muertes***. El estudio, que fue revisado por colegas, analizó los datos antes y después de que se impusieran los mandatos tanto a nivel estatal (3 de julio del 2020) como en el condado de Bexar (5 de julio del 2020), el cuarto condado más grande de Texas. Los autores del estudio, que fue revisado por el Instituto de Investigación Quirúrgica del Ejército de Estados Unidos, analizaron el promedio diario de casos de Covid-19, hospitalizaciones, visitas a la UCI, pacientes con respiradores y muertes y concluyeron que la política no redujo ninguna de estas métricas. "Todos los resultados medidos fueron mayores en promedio en el período posterior al enmascaramiento, al igual que las co-variables incluidas en el modelo ajustado", dijeron los investigadores. "***No hubo una reducción de la mortalidad diaria por población, de las camas de hospitalización, de las camas de UCI o de la ocupación de respiradores por parte de los pacientes positivos con Covid-19 atribuible a la implementación de un mandato de uso de mascarillas***".

Los resultados de la investigación del SMJ se producen cuatro meses después de que los CDC publicaran un estudio a gran escala en el que se ***concluía que no había una diferencia estadísticamente significativa en la propagación del Covid entre los niños en las escuelas en las cuales las mascarillas eran opcionales, en comparación con las escuelas en las que eran obligatorias***.

Un gran ensayo controlado aleatorio con cerca de 8000 participantes, publicado en octubre de 2020 en PLOS One, encontró que las mascarillas "***no parecían ser efectivas contra las infecciones respiratorias virales confirmadas por laboratorio ni contra la infección respiratoria clínica***. Una revisión de febrero de 2021 realizada por los CDC europeos ***no encontró evidencia de alta calidad a favor de las mascarillas faciales y recomendó su uso solo sobre la base del "principio de precaución"***. Una revisión de julio de 2020 del Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford encontró que ***no hay evidencia de la efectividad de las mascarillas contra la infección o transmisión del virus***. Una revisión Cochrane de noviembre de 2020 encontró que ***las mascarillas no reducen los casos de enfermedades similares a la influenza (ETI), ni en la población general ni en los trabajadores de la salud***. Un estudio de agosto de 2021 publicado en Int. Research Journal of Public Health ***no encontró "ninguna asociación entre los mandatos o el uso de mascarillas y la reducción de la propagación de Covid-19 en los estados de Estados Unidos***. Una revisión de abril de 2020 de dos profesores estadounidenses en enfermedades respiratorias e infecciosas de la Universidad de Illinois concluyó que **las *mascarillas no tienen ningún efecto en la vida cotidiana, ni como autoprotección ni para proteger a terceros***.

Un estudio de 2015 en el British Medical Journal BMJ Open encontró que ***las mascarillas de tela fueron penetradas por el 97% de las partículas y pueden aumentar el riesgo de infección al retener la humedad o el uso repetido***. Una revisión de agosto de 2020 realizada por un profesor alemán de virología, epidemiología e higiene encontró que ***no hay evidencia de la efectividad de las mascarillas faciales y que el uso diario inadecuado de las mascarillas por parte del público puede, de hecho, conducir a un aumento de las infecciones***. En una revisión, se trata de analizar la utilidad de las mascarillas y otras barreras similares para prevenir enfermedades respiratorias como Covid-19. ***El uso de mascarillas puede ser muy levemente protector contra la infección primaria por contacto casual en una comunidad***. En un estudio en el que analizan la evidencia de la efectividad de las medidas para reducir la transmisión en la comunidad de la influenza confirmada por laboratorio, ***no encontraron evidencia de que las mascarillas faciales de tipo quirúrgico sean efectivas para reducir la transmisión de influenza confirmada por laboratorio, ya sea cuando las usan personas infectadas o personas de la comunidad en general, para reducir su susceptibilidad***. La evidencia de los ECA (Ensayos Controlados aleatorios) sobre higiene de manos o mascarillas no apoya un efecto sustancial sobre la transmisión de la influenza confirmada por laboratorio, y la evidencia sobre otras medidas ambientales es muy limitada. En otro estudio, sobre uso de mascarillas quirúrgicas para reducir la incidencia del resfriado común entre los trabajadores de la salud en Japón, encontraron que ***los trabajadores sanitarios con máscarilla N95 (PS) tenían***

una probabilidad significativamente mayor de experimentar dolores de cabeza. No se demostró que el uso de mascarillas faciales en trabajadores sanitarios proporcione beneficios en términos de síntomas de resfriado o resfriados. De igual forma, en una revisión sobre el beneficio del uso de las mascarillas desechables en el que se incluyeron dos ensayos controlados aleatorios con un total de 1453 pacientes, se ***encontró no hubo diferencias en las tasas de infección entre el grupo enmascarado y desenmascarado***".

En un estudio en el que se analizaba la contaminación por virus respiratorios en la superficie exterior de las mascarillas médicas utilizadas por los trabajadores sanitarios de los hospitales, ***encontraron que los patógenos respiratorios en la superficie exterior de las mascarillas médicas usadas pueden resultar en autocontaminación***. El riesgo es mayor con una mayor duración del uso de la mascarilla (>6h) y con mayores tasas de contacto clínico. Los protocolos sobre la duración del uso de la mascarilla deben especificar un tiempo máximo de uso continuo y deben considerar la orientación en entornos de alto contacto. ***Se aislaron virus de las secciones superiores de alrededor del 10% de las muestras, pero otras secciones de las mascarillas también pueden estar contaminadas***. Los trabajadores sanitarios deben ser conscientes de estos riesgos para protegerse a sí mismos y a las personas que los rodean.

En un estudio, analizaron el impacto fisiológico de usar una mascarilla N95 durante la hemodiálisis como precaución contra el SARS en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal y llegaron a la conclusión de que ***el uso de una mascarilla N95 durante 4 horas durante la HD redujo significativamente la PaO_2 y aumentó los efectos adversos respiratorios en pacientes con ESRD***. En otro estudio en el que se analizan las consecuencias respiratorias del uso de mascarillas tipo N95 en trabajadoras sanitarias embarazadas, ***llegaron a la conclusión de que respirar a través de materiales de mascarilla N95 impide el intercambio gaseoso e impone una carga de trabajo adicional al sistema metabólico de las trabajadoras de la salud embarazadas***, y esto debe tenerse en cuenta en las pautas para el uso de respiradores. ***Los beneficios de usar la mascarilla N95 para prevenir enfermedades infecciosas emergentes graves deben sopesarse con las posibles consecuencias respiratorias asociadas con el uso prolongado del respirador N95***. En una revisión, **no encontraron evidencias suficientes para proporcionar una recomendación sobre el uso de barreras faciales sin otras medidas**, de igual forma, ***no se encontraron pruebas suficientes para poder diferenciar en la utilidad de las mascarillas quirúrgicas y los respiradores N95*** **(por tanto ofrecen la misma teórica protección, a diferencia de lo que nos venden)**, lo cual, es corroborado por otro estudio en el que se encontró que ***al comparar las mascarillas N95 con las quirúrgicas que usaron los participantes del ensayo, los resultados mostraron que no había una diferencia significativa en la incidencia de influenza confirmada en laboratorio***. Para abordar el rendimiento de filtración de materiales de tela comunes contra partículas de tamaño nanométrico, incluidos virus, se probaron cinco categorías principales de materiales de tela, incluidas sudaderas, camisetas, toallas, bufandas y mascarillas de tela para aerosoles

polidispersos y monodispersos (20–1000 nm) a dos velocidades faciales diferentes (5.5 y 16.5 cm s − 1) y en comparación con los niveles de penetración del medio filtrante para respirador N95. Los materiales de tela comunes y las mascarillas de tela mostraron una amplia variación en los valores de penetración para partículas de aerosol polidispersas (40–90%) y monodispersas en el rango de 20–1000 nm (40–97%) a una velocidad facial de 5.5 cm s − 1. Los niveles de penetración obtenidos para materiales textiles contra aerosoles polidispersos y monodispersos fueron mucho más altos que el valor para el medio de filtro de respirador N95 de control, que estuvieron en el rango encontrado para algunas mascarillas quirúrgicas en estudios previos. Las penetraciones de partículas de aerosol monodispersas aumentaron ligeramente a una velocidad facial de 16.5 cm s − 1, mientras que los aerosoles polidispersos no mostraron ningún efecto significativo excepto para una mascarilla de tela con un aumento. Los valores de penetración obtenidos para materiales de tela comunes indican que solo se puede esperar una protección respiratoria marginal para partículas submicrónicas, teniendo en cuenta las fugas del sello facial.

En un meta-análisis, se analizó la eficacia de los respiradores N95 frente a las mascarillas quirúrgicas para proteger a los trabajadores de la salud de las infecciones respiratorias agudas: "Identificamos seis estudios clínicos…. En el metanálisis de los estudios clínicos, ***no encontramos diferencias significativas entre los respiradores N95 y las mascarillas quirúrgicas en el riesgo asociado de (a) infección respiratoria confirmada por laboratorio o (b) enfermedad similar a la influenza***". En otro meta-análisis en el que se estudiaba la eficacia de los respiradores N95 frente a las mascarillas quirúrgicas contra la influenza: "Se incluyeron un total de seis ECA con 9171 participantes. ***No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevención de la influenza confirmada por laboratorio, infecciones virales respiratorias confirmadas por laboratorio, infección respiratoria confirmada por laboratorio y enfermedades similares a la influenza utilizando respiradores N95 y mascarillas quirúrgicas***. El metanálisis indicó un efecto protector de los respiradores N95 contra la colonización bacteriana confirmada por laboratorio (RR = 0.58, IC del 95%: 0.43-0.78). ***El uso de respiradores N95 en comparación con las mascarillas quirúrgicas no está asociado con un menor riesgo de influenza confirmada por laboratorio***".

Un artículo publicado el 30 de septiembre en Eurosurveillance mostró ***que la Covid se propaga rápidamente por un paciente completamente "vacunado" al personal, pacientes y familiares completamente "vacunados", a pesar de una tasa de "vacunación" del 96% y el uso de equipo de protección personal completo***. Cinco pacientes murieron y nueve tuvieron casos graves. El estudio cita ***un brote de Covid que se propagó rápidamente entre el personal del hospital en un centro médico israelí, a pesar de una tasa de "vacunación" del 96%, el uso de mascarillas N-95 por parte de los pacientes y el equipo de protección personal completo que usan los proveedores***. El documento señaló que probablemente ocurrieron varias transmisiones entre dos personas que usaban mascarillas N95 y, en un caso, usaban PPE completo, incluida la mascarilla N-95, el protector facial, la bata y los guantes. De los infectados, 23 eran pacientes y 19 eran miembros del

personal. Todo el personal se recuperó rápidamente. Sin embargo, **ocho pacientes "vacunados" se enfermaron gravemente, seis se enfermaron críticamente y cinco de los enfermos críticos murieron. Los dos pacientes no "vacunados" seguidos tenían casos leves de Covid**. "***Esta comunicación desafía la suposición de que las altas tasas de 'vacunación' universales conducirán a la inmunidad colectiva y evitarán brotes de Covid-19***. En el brote descrito aquí, ***el 96.2% de la población expuesta fue 'vacunada'***. La infección avanzó rápidamente (muchos casos se volvieron sintomáticos dentro de los 2 días posteriores a la exposición) y ***la carga viral fue alta***".

Debido a la pandemia de SARS-CoV2, las mascarillas faciales médicas se recomiendan ampliamente para una gran cantidad de personas y por períodos prolongados. El efecto de usar una mascarilla quirúrgica y una mascarilla facial FFP2 / N95 sobre la capacidad de ejercicio cardiopulmonar no se ha informado de manera sistemática. Este estudio prospectivo cruzado cuantificó los efectos de no usar mascarilla (nm), una mascarilla quirúrgica (sm) y una mascarilla FFP2 / N95 (ffpm) en 12 varones sanos (edad 38.1 ± 6.2 años, IMC 24.5 ± 2.0 kg / m2). Las 36 pruebas se realizaron en orden aleatorio. Las respuestas cardiopulmonares y metabólicas se monitorizaron mediante ergoespirometría y cardiografía de impedancia. Se evaluaron diez dominios de comodidad / incomodidad de usar una mascarilla mediante un cuestionario. Los parámetros de función pulmonar fueron significativamente menores con la mascarilla (volumen espiratorio forzado: 5.6 ± 1.0 vs 5.3 ± 0.8 vs 6.1 ± 1,0 l / s con sm, ffpm y nm, respectivamente; p = 0.001; flujo espiratorio máximo: 8.7 ± 1.4 vs 7.5 ± 1.1 frente a 9.7 ± 1.6 l / s; p <0.001). La potencia máxima fue 269 ± 45, 263 ± 42 y 277 ± 46 W con sm, ffpm y nm, respectivamente; p = 0.002; la ventilación se redujo significativamente con ambas mascarillas (131 ± 28 vs 114 ± 23 vs 99 ± 19 l / m; p <0.001). La respuesta máxima de lactato en sangre se redujo con la mascarilla. El gasto cardíaco fue similar con y sin mascarilla. Los participantes informaron una incomodidad constante y marcada al usar las mascarillas, especialmente FFPm. ***La ventilación, la capacidad de ejercicio cardiopulmonar y la comodidad se reducen con las mascarillas quirúrgicas y se ven muy afectadas por las mascarillas faciales FFP2 / N95 en individuos sanos***. Estos datos son importantes para las recomendaciones sobre el uso de mascarillas faciales en el trabajo o durante el ejercicio físico.

Los profesionales de la salud informan de los efectos secundarios del uso prolongado de EPP (equipo de protección personal) cuando atienden a pacientes con Covid-19. Un estudio profundiza en varios efectos adversos del uso prolongado de mascarillas y brinda recomendaciones para aliviar la carga de los profesionales de la salud. Se realizó un estudio transversal entre profesionales de la salud, ubicados principalmente en la ciudad de Nueva York, que trabajaron en el hospital durante la pandemia de Covid-19. Todos los encuestados completaron una encuesta anónima que consta de veintiuna preguntas sobre los efectos adversos del EPP, el historial médico y la demografía. Las conclusiones fueron que ***el uso prolongado de N95 y mascarillas quirúrgicas por parte de los profesionales de la salud durante el Covid-19, ha causado efectos***

adversos como dolores de cabeza, erupción cutánea, acné, rotura de la piel y deterioro cognitivo en la mayoría de los encuestados. Descansos frecuentes, mejor hidratación y descanso, cuidado de la piel y mascarillas cómodas potencialmente diseñadas de nuevo son recomendaciones para el manejo futuro de los efectos adversos relacionados con el uso prolongado de la mascarilla.

En un estudio, caracterizaron la superficie de veinte tipos diferentes de mascarillas de tela utilizando el método de análisis de imágenes ópticas. La eficacia de filtrado de las mascarillas faciales de tela seleccionadas se midió utilizando el método de recuento de partículas. También estudiaron los efectos del lavado, secado y estiramiento sobre la calidad de una mascarilla. El tamaño de los poros de las mascarillas varió de 80 a 500 μm, que era mucho más grande que la materia particular que tenía un diámetro de 2.5 μm o menos (PM2.5) y un tamaño de 10 μm o menos (PM10). La eficiencia de filtrado de PM10 de cuatro de las mascarillas seleccionadas osciló entre el 63% y el 84%. ***La escasa eficacia de filtrado puede deberse a poros abiertos y más grandes presentes en las mascarillas. Curiosamente, encontraron que la eficiencia se redujo en un 20% después del cuarto ciclo de lavado y secado***. Observaron un cambio en el tamaño y la forma de los poros y una disminución de las microfibras dentro de los poros después del lavado. El estiramiento de la superficie de las mascarillas de tela también alteró el tamaño de los poros y potencialmente disminuyó la eficiencia de filtrado. En comparación con las mascarillas de tela, las quirúrgicas / de papel utilizadas con menos frecuencia, tenían redes complicadas de fibras y poros mucho más pequeños en múltiples capas en comparación con las mascarillas de tela y, por lo tanto, tenían una mejor eficiencia de filtrado. Este estudio mostró que la eficiencia de filtrado de las mascarillas faciales de tela era relativamente menor, y las prácticas de lavado y secado deterioraron la eficiencia. Creen que los hallazgos de este estudio serán muy útiles para aumentar la conciencia pública y ayudar a las agencias gubernamentales a crear pautas y políticas adecuadas para el uso de mascarillas faciales.

Para tratar de evaluar la efectividad de las mascarillas quirúrgicas y de algodón en el filtrado del SARS-CoV-2, se realizó un estudio y encontraron que ***ni las mascarillas quirúrgicas ni de algodón filtraron eficazmente el SARS-CoV-2 durante la tos de los pacientes infectados***. La evidencia previa de que las mascarillas quirúrgicas filtran eficazmente el virus de la influenza informó las recomendaciones de que los pacientes con Covid-19 confirmado o sospechado deben usar mascarillas para prevenir la transmisión. Sin embargo, se desconocen el tamaño y las concentraciones de SARS-CoV-2 en los aerosoles generados durante la tos. Oberg y Brousseau demostraron que las mascarillas quirúrgicas no mostraban un rendimiento de filtrado adecuado frente a aerosoles de 0.9, 2.0 y 3.1 μm de diámetro. Lee y sus colegas demostraron que las partículas de 0.04 a 0.2 μm pueden penetrar las máscaras quirúrgicas. ***El tamaño de la partícula de SARS-CoV del brote de 2002-2004 se estimó entre 0.08 y 0.14 μm; suponiendo que el SARS-CoV-2 tenga un tamaño similar, es poco probable que las mascarillas quirúrgicas filtren eficazmente este virus. Tanto las mascarillas quirúrgicas como las de algodón parecen ser ineficaces para prevenir la diseminación del SARS-CoV-2 de la tos de los***

pacientes con Covid-19 al medio ambiente y la superficie externa de la mascarilla.

En un estudio, analizaron las consecuencias de usar la mascarilla mientras se hace ejercicio y llegaron a la conclusión de que **hacer ejercicio con ellas ajustadas induce un ambiente de hipoxia hipercápnica [intercambio inadecuado de oxígeno y dióxido de carbono]**. **Este ambiente ácido tanto a nivel alveolar como de los vasos sanguíneos induce numerosas alteraciones fisiológicas al hacer ejercicio con mascarillas: 1) desplazamiento metabólico; 2) estrés cardiorrespiratorio; 3) altercados del sistema excretor; 4) mecanismo inmunológico; 5) cerebro y sistema nervioso**. ***Aunque se percibe que las mascarillas son las barreras para prevenir los depósitos de aerosoles en el tracto respiratorio, la realidad es que aumentan el riesgo de infecciones más profundas del tracto respiratorio***. Según lo citado por Perencevich et al. 2020, "***La persona sana promedio no debería usar mascarillas, ya que crea una falsa sensación de seguridad y las personas tienden a tocarse la cara con más frecuencia en comparación con no usar mascarillas***". Se debate sobre si las mascarillas quirúrgicas atrapan las gotitas que contienen el virus en su interior, aumentando en lugar de reducir el riesgo de infección.

En el estudio revisado por pares publicado en la revista Cureus, el Dr. Beny Spira revisó todos los países europeos con al menos 1 millón de personas entre octubre de 2020 y marzo de 2021, cuando "todo el continente estaba experimentando un estallido de Covid-19".

Los mandatos y el cumplimiento de las mascarillas en estos países variaron significativamente, del 5 al 95%. Al comparar las estadísticas de infección y muerte de cada país respectivo, junto con estos porcentajes de uso de mascarillas, Spira sacó dos conclusiones:

"Si bien no se pudieron inferir conclusiones de causa-efecto de este análisis observacional, la falta de correlaciones negativas entre el uso de mascarillas y los casos y muertes de Covid-19 sugiere que ***el uso generalizado de mascarillas*** en un momento en que más se necesitaba una intervención efectiva, es decir, durante el fuerte pico de otoño-invierno de 2020-2021, ***no pudo reducir la transmisión de Covid-19***.

Además, ***la correlación positiva moderada entre el uso de mascarillas y las muertes en Europa occidental también sugiere que el uso universal de mascarillas puede haber tenido consecuencias dañinas no deseadas***".

Spira es otro científico más que ha descubierto que las mascarillas pueden tener efectos nocivos para la salud pública.

En un estudio hecho en Alemania, sobre el efecto de las mascarillas en niños, encuentran que ***varios miles de niños parecen sufrir el uso de la mascarilla y que además, puedan experimentar problemas de salud a causa de su uso***. Un grupo de padres envían las mascarillas de sus hijos a un

laboratorio y reciben unos resultados muy preocupantes, detectaron los siguientes patógenos en las mismas tras su uso:

- Streptococcus pneumoniae (neumonía).
- Mycobacterium tuberculosis (tuberculosis).
- Neisseria meningitidis (meningitis, sepsis).
- Acanthamoeba polyphaga (queratitis y encefalitis amebiana granulomatosa).
- Acinetobacter baumanni (neumonía, infecciones del torrente sanguíneo, meningitis, infecciones urinarias, resistentes a los antibióticos).
- Escherichia coli (intoxicación alimentaria).
- Borrelia burgdorferi (causa la enfermedad de Lyme).
- Corynebacterium diphtheriae (difteria).
- Legionella pneumophila (enfermedad del legionario).
- Staphylococcus pyogenes serotipo M3 (infecciones graves, altas tasas de morbilidad).
- Staphylococcus aureus (meningitis, sepsis).

La mitad de las mascarillas estaban contaminadas con una o más cepas de bacterias que causan neumonía. Un tercio estaba contaminado con una o más cepas de bacterias causantes de la meningitis. Un tercio estaba contaminado con patógenos bacterianos peligrosos resistentes a los antibióticos. Además, se identificaron patógenos menos peligrosos, incluidos patógenos que pueden causar fiebre, úlceras, acné, infecciones por hongos, faringitis estreptocócica, enfermedad periodontal, fiebre maculosa de las Montañas Rocosas y más. Las mascarillas estudiadas eran nuevas o recién lavadas antes de usarlas y se habían usado durante 5 a 8 horas. Una fue usada por un adulto. Se probaron como controles una camiseta usada por uno de los niños en la escuela y mascarillas sin usar. No se encontraron patógenos en los controles. Las proteínas que se encuentran en la camiseta, por ejemplo, no son patógenas para los humanos y se encuentran comúnmente en el cabello, la piel y la tierra.

Un estudio de 600 000 niños demuestra que ***las mascarillas en clase son ineficaces***. Para evaluar la efectividad de las mascarillas en las aulas, los investigadores han comparado lo que ocurre en clases donde el uso de mascarillas es obligatorio y en clases donde no lo es. "Si las mascarillas son efectivas, esperábamos ver una diferencia entre los niños de 6 años de 1º de

primaria y los de 5 años de P-5", explica Clara Prats. "***Pero no hemos visto ninguna diferencia significativa***".

Los investigadores han revisado datos de 599 314 alumnos de entre 3 y 12 años de 1907 centros educativos de Catalunya. ***El uso de mascarilla, por el contrario, ha resultado ser una variable irrelevante***. El estudio ha analizado en detalle las diferencias entre P-5 y 1º de primaria, ya que es donde más claramente debía verse el posible efecto protector de las mascarillas. Pero ***se han*** registrado ***más contagios entre alumnos de 6 años que iban con mascarilla (un 3.54% fueron diagnosticados de Covid) que entre alumnos de 5 años que iban sin (3.1%)***. ***El porcentaje de casos que generaron*** transmisión ***también fue más baja en P-5 (un 35.8% de alumnos contagiaron a otros) que en 1º de primaria (38.7%)***.

Un estudio dirigido por investigadores de la Universidad de Brown, ***no encontró correlación entre el uso de mascarillas en las escuelas y una menor transmisión del coronavirus de Wuhan (Covid-19)***. ***Los mandatos de mascarillas no se correlacionan con las tasas de infección de los estudiantes o del personal***, encontraron los investigadores.

Un estudio reciente realizado en el Reino Unido, que analizó los datos de 123 escuelas en Gran Bretaña, mostró que ***no hay pruebas concluyentes de que la imposición del uso de mascarillas en niños tenga un impacto estadísticamente significativo en la reducción de los niveles de transmisión de Covid***. Los datos mostraron que las escuelas donde su uso era obligatorio tuvieron un descenso del 2.3% en los nuevos casos, mientras que las escuelas sin dicha obligación tuvieron un descenso del 1.7%, sólo un 0.6% de diferencia entre ambas.

Las pruebas científicas que estudian los efectos negativos del uso de mascarillas en niños se acumulan, y arrojan resultados muy inquietantes. Estudios realizados en Italia y Grecia demuestran que ***las mascarillas son una barrera para la comunicación, ya que los niños no son capaces de entender las expresiones faciales con facilidad***, y otros trabajos académicos demostraron que las mascarillas afectan ***al desarrollo del lenguaje y del habla de los niños, especialmente de los que no hablan inglés en casa, y también son terribles para los niños con*** discapacidades. ***El uso de mascarillas no sólo perjudica a los niños, sino también a las minorías y a los discapacitados***.

The Atlantic publicó un extenso artículo escrito por tres expertos en salud pública que destruye el supuesto consenso científico sobre las mascarillas en las escuelas, el New York Times publicó un artículo de Michelle Goldberg exigiendo el cese total de las mascarillas en los niños. Incluso NPR publicó un artículo de Anya Kamenetz contra el uso de mascarillas en las escuelas.

Los niños de California, Nueva York, Illinois y otros estados deben usar mascarillas todos los días en la escuela. Casi el 40% de los niños en edad escolar en todo el país están obligados a hacerlo. Otros estados lo dejan a las reglas

locales, lo que significa que aproximadamente la mitad de los niños en el país usan mascarillas todos los días, se distancian socialmente, almuerzan afuera y practican atletismo con mascarillas.

Cerca del 30% de todas las escuelas tienen impedimentos legales para implementar los mandatos, o enfrentan desafíos legales pendientes a las restricciones, lo que significa que pocos en esos estados están imponiendo restricciones como las que vimos en 2020-2021.

Al observar la agrupación de los estados (CA/OR/WA/IL/NY/DE/MA/CT/NJ/MD/NV/NM/VA/RI) con mascarilla obligatoria en las escuelas en comparación con aquellos sin mandatos de mascarilla (UT /FL/AZ/TX/OK/MO/IA/AR/TN/SC), donde muy pocos estudiantes los usan, vemos tendencias casi idénticas, y aquellos con poco o ningún enmascaramiento tienen tasas de casos actuales más bajas.

La proporción de pruebas pediátricas positivas es similar en todas partes del país en este momento, alrededor del 20 % de todas las pruebas positivas en los tres grupos de edad de 0 a 17 años que se muestran a continuación. Esto es casi lo mismo independientemente del clima (estacionalidad) o restricciones.

¿Están funcionando las restricciones escolares en algunos estados? No se trata de casos; los casos son realmente un producto de la cantidad de pruebas que hacemos. Se trata de la enfermedad. ¿Hay más niños hospitalizados por o con Covid-19 en los estados con protocolos escolares normales que aquellos que requieren máscaras faciales?

Josh Stevenson (@ifihadastick en Twitter), es alguien ha producido análisis de datos sorprendentes en repetidas ocasiones durante la pandemia. A continuación se muestra lo que descubrió. Esta es una compilación original que no verás en ningún otro lado. Para los estados que requieren mascarillas, las hospitalizaciones pediátricas por Covid-19 tienen un promedio de 4.23 por cada 100 000 niños.

Para los estados que no permiten el uso obligatorio de mascarillas (o casi no lo exigen), las hospitalizaciones pediátricas por Covid-19 tienen un promedio de 4.90 por cada 100 000 niños.

La tasa de hospitalización es casi idéntica. No hay una diferencia perceptible entre los resultados de la infección o la hospitalización de los niños en las comunidades donde se requieren mascarillas en la escuela y aquellas donde las cubiertas faciales son opcionales.

Los niños deben estar en la escuela con protocolos normales. Deben estar en clase sin mascarillas, sin divisores de plexiglás, socializando mientras almuerzan y participando en deportes sin mascarillas. La lógica claramente nos dice esto, y ***estos datos prueban abrumadoramente que no hay ningún beneficio para la salud en exigir que los niños usen mascarillas faciales en la escuela***.

Un profesor de Oxford muestra con datos oficiales que ***las mascarillas "no hicieron una diferencia significativa" en las tasas de infección***. "Es poco probable que las mascarilla tengan un gran impacto en la lucha contra Ómicron", dijo Jim Naismith, profesor de la Universidad de Oxford.

Según Naismith, director del Instituto Rosalind Franklin y profesor de biología estructural en la Universidad de Oxford, ***las mascarillas son en gran medida*** inútiles.

"Los resultados de la encuesta ONS sobre la prevalencia muestran que el enfoque escocés e inglés para ***el enmascaramiento, aunque formalmente diferente desde julio, no ha supuesto una diferencia significativa para Delta***", escribe Naismith.

Como ilustra el gráfico, a pesar de que Inglaterra eliminó los mandatos de mascarillas y Escocia los mantuvo en su lugar después de julio, ***las tasas de infección fueron similares o incluso más altas en Escocia***. Los gráficos ONS también validan tales afirmaciones.

Una comparación entre las tasas de casos en Suecia (que nunca impuso legalmente el uso de mascarillas) versus el resto de Europa también es muy reveladora.

El veredicto de Naismith sobre las mascarillas está respaldado por el asesor de SAGE del gobierno del Reino Unido, el Dr. Colin Axon, quien descartó ***las mascarillas como "mantas de confort" que prácticamente no hacen nada, y señaló que la supuesta partícula del virus es hasta 5000 veces más pequeña que los agujeros de la mascarilla***. "Los tamaños pequeños no se entienden fácilmente, pero una analogía imperfecta sería imaginar canicas lanzadas contra los andamios de los constructores, algunas podrían golpear un poste y rebotar, pero obviamente la mayoría pasará volando", dijo Axon.

Actualmente no hay pruebas sólidas de la eficacia del uso de mascarillas (de tela, quirúrgicas, FFP) para reducir la contagiosidad viral. Su eficacia tampoco está probada en virus. ***Ya sea para la mascarilla quirúrgica o la FFP2, usar la mascarilla probablemente no haga ninguna diferencia en la cantidad de personas infectadas***. Tras su estudio de 2019, la OMS solo recomienda el uso de mascarilla para personas sintomáticas (que tosen y estornudan): "***Para las personas asintomáticas, no se recomienda el uso de mascarilla de ningún tipo. El uso de mascarillas médicas cuando no está indicado puede generar costos innecesarios y una carga de compra y crear una falsa sensación de seguridad que puede llevar a descuidar otras medidas preventivas esenciales***. La ***generalización del uso de mascarilla es una respuesta sistemática*** mal evaluada ***y cuyo análisis beneficio/riesgo global no se ha realizado ni revisado***.

Provocan justo aquello que tratan de evitar

Aunque los "expertos de la Covid" insistan en lo contrario, las mascarillas no funcionan. Esto, en realidad, siempre se supo. Ahora hay cada vez más estudios que lo ratifican, como hemos visto. Y lo peor no es que se ha mentido descaradamente a la población sobre la protección que brindan frente a un supuesto virus respiratorio como el supuesto SARS-CoV-2, sino que lejos de proteger, las mascarillas son capaces de causar distintos tipos de daños. Incluso aumentar la tasa de mortalidad por Covid, tal como revelan dos estudios que ya hemos mencionado antes.

Muy preocupante es que la evidencia emergente confirma lo que ya se sospechaba: ***la posibilidad de que las mascarillas pudieran estar dañando activamente a la gente***. Como ejemplo tenemos el estudio observacional publicado en febrero del 22 en la revista 'Medicine', en la que se comparan las tasas de mortalidad por Covid-19 en los condados de Kansas durante el punto álgido de la pandemia en 2020. Titulado "El efecto Foegen: Un mecanismo por el que los cubrebocas contribuyen a la tasa de mortalidad por Covid-19", el trabajo liderado por el médico alemán Zacharias Fögen, analizó "si el uso obligatorio de mascarillas influía en la tasa de mortalidad en Kansas".

La conclusión más importante del documento es la siguiente: "… ***en contra de la idea aceptada de que mueren menos personas porque las tasas de infección se reducen gracias a los cubrebocas, esto no fue así… Los resultados de este*** estudio ***sugieren firmemente que los mandatos de mascarillas causaron en realidad alrededor de 1.5 veces el número de muertes o un ~50% más de muertes en comparación con la ausencia de mandatos de mascarillas***".

En el otro estudio revisado por pares, publicado en abril en la revista Cureus, se comparó el uso de mascarillas en toda Europa durante la pandemia y ***no se encontró ninguna correlación negativa entre el uso de mascarillas y los casos y muertes por Covid-19***. Esa investigación admitió haber encontrado una "***correlación positiva moderada entre el uso de mascarillas y las muertes en Europa Occidental***", lo que sugiere que "***el uso universal de los cubrebocas puede haber tenido consecuencias perjudiciales no deseadas***".

Cono podemos observar, la ciencia, no solo ha demostrado que las mascarillas no protegen al usuario y que pueden causar un gran daño a su salud, también ha demostrado que incluso son capaces de aumentar la tasa de mortalidad por Covid, provocando justo aquello que supuestamente tratan de evitar.

Composición peligrosa

Si bien las mascarillas desechables se han convertido en una plaga para el medio ambiente durante la pandemia, se enredan en las costas, vuelan a lo largo de las carreteras y en los campos y arroyos, pueden causar mucho daño ambiental. No solo están cargados con los gérmenes excretores de los humanos que los desecharon, sino que resulta que ***un*** ingrediente ***clave en las ubicuas***

mascarillas hospitalarias desechables que se ven ensuciando paisajes terrestres y marinos desde 2020, ***el polipropileno, se*** degrada ***en diminutas fibras microscópicas de plástico. que un creciente cuerpo de investigaciones*** muestra ***que causa estragos en las criaturas acuáticas y tiene el potencial de causar enfermedades, incluido el cáncer, en los humanos***.

Ahora, se ***han*** descubierto ***fibras microplásticas en lo profundo de los pulmones inferiores de los seres humanos vivos***, en casi todas las personas muestreadas. Los científicos de la escuela de medicina de Hull York en el Reino Unido encontraron fragmentos y fibras microscópicas de plástico, de unos dos milímetros de largo, en 11 de 13 pacientes sometidos a cirugía cuyo tejido pulmonar tomaron muestras.

Se desconocen las implicaciones para la salud de los pequeños fragmentos de plástico que invaden los pulmones de las personas, pero la cuestión de si el polipropileno en mascarillas recomendadas por los funcionarios de salud pública son una fuente importante de la creciente preocupación por la salud, especialmente para los niños, parece no haber pasado por la mente de los expertos en salud pública, mientras que ***cada vez hay más pruebas de que*** contribuyen ***a la contaminación por microplásticos que, al igual que otros contaminantes del aire, puede estar provocando la muerte prematura de millones de personas***.

En 1998, un estudio estadounidense identificó microplásticos en los pulmones de pacientes con cáncer y concluyó que eran "***agentes candidatos que contribuyen al riesgo de cáncer de pulmón***". Los microplásticos se detectaron en sangre humana por primera vez en marzo y se demostró que ***se transportan por el cuerpo y se depositan en varios órganos***. Se han detectado en heces de bebés y adultos en el pasado, y en niveles especialmente altos en bebés alimentados con biberones de plástico.

Un estudio de microplásticos de seis tipos diferentes de mascarillas usadas durante la pandemia de Covid-19 encontró que ***solo las mascarillas que nunca se limpiaron y se usaron durante 720 horas resultaron en menos "riesgo de inhalación de microplásticos de tipo esférico" en comparación con no usar una mascarilla***. Mientras tanto, ***el riesgo de inhalación de microplásticos similares a fibras aumentó en todos los grupos***, excepto en los usuarios de mascarillas N95, con el tiempo. Sin embargo, usar ***la misma mascarilla durante 720 horas sin limpiarla, como hacen muchas personas, incluidos los niños, plantea serias amenazas para la salud***. Como mencioné anteriormente, un grupo de padres de Florida preocupados envió muestras de las mascarillas de sus hijos a un laboratorio de la Universidad de Florida para su análisis y las encontró ***contaminadas con una multitud de patógenos peligrosos, incluidas una o más cepas de bacterias que causan neumonía, meningitis, faringitis estreptocócica, enfermedad de las encías, acné, infecciones por hongos y úlceras, así como gérmenes resistentes a los antibióticos***.

La** limpieza **de las mascarillas mediante diversos procedimientos, incluida la luz ultravioleta, el lavado regular y dejarlas secar al sol al aire libre, solo** provocó **que los materiales de las mascarillas se degradaran en microplásticos fibrosos, lo que aumentaba el riesgo de inhalación de microplásticos en todos los casos.

Como informó The Counter Signal, un estudio separado encontró que ***los microplásticos en las mascarillas faciales podrían haber exacerbado el virus y causado muchos problemas de salud***.

Científicos de la Universidad de Swansea **han descubierto contaminantes químicos potencialmente peligrosos que se liberan de las mascarillas desechables cuando se sumergen en agua**. **La investigación revela altos niveles de contaminantes, incluidos plomo, antimonio y cobre, dentro de las fibras plásticas y de silicona de las mascarillas faciales desechables comunes**. Los hallazgos revelan ***niveles significativos de contaminantes en todas las mascarillas probadas, con micro/nanopartículas y metales pesados liberados en el agua durante todas las pruebas. Los investigadores concluyen que esto tendrá un impacto ambiental sustancial y, además, planteará la cuestión del daño potencial a la salud pública, advirtiendo que la exposición repetida podría ser peligrosa ya que las sustancias encontradas tienen vínculos conocidos con la muerte celular, la genotoxicidad y la formación de cáncer***.

Los principales científicos alemanes han descubierto que ***el uso de ciertos tipos de mascarillas durante largos períodos de tiempo podría provocar la inhalación profunda de sustancias químicas potencialmente peligrosas y microplásticos dañinos en los pulmones humanos***.

El profesor Michael Braungart, director del Instituto Ambiental de Hamburgo y cofundador de la norma ambiental Cradle to Cradle, de renombre mundial, ha dicho a Ecotextile News que ***los usuarios de mascarillas corren el riesgo de respirar carcinógenos, alérgenos y diminutas microfibras sintéticas al usar tanto textiles como mascarillas quirúrgicas no tejidas durante largos períodos de tiempo***.

Sus recientes hallazgos han sido respaldados por otro químico textil líder de la industria, el **Dr. Dieter Sedlak**, director gerente y cofundador de Modern Testing Services Augsburg, Alemania en asociación con Modern Testing Services Global, Hong Kong, quien ***encontró concentraciones elevadas de fluorocarbonos peligrosos, formaldehído y otras sustancias potencialmente cancerígenas en las mascarillas quirúrgicas***: "Solo puedo decir al 100% que tengo preocupaciones similares a las del profesor Braungart".

"***Lo que respiramos por la boca y la nariz es en realidad un residuo peligroso***", dijo el profesor Braungart, que realizó **pruebas preliminares en mascarillas quirúrgicas usadas que encontraron** *rastros de productos químicos como la conocida anilina cancerígena, así como formaldehído y abrillantadores ópticos, ambos muy restringidos en bienes de consumo*

por parte de las autoridades europeas y estadounidenses a concentraciones mínimas de partes por millón.

Estudios separados del Dr. Sedlak también han demostrado la ***presencia de compuestos como los diisocianatos bloqueados de la oxima de 2-butanona (cancerígenos) utilizados como reticuladores de perfluorocarbonos (PFC) en mascarillas faciales***. Utilizados en el sector textil como repelentes de aceite y agua en tejidos, se sabe que los subproductos de los PFC son biopersistentes y su uso está muy restringido por las autoridades de Europa y EE. UU. El año pasado, un grupo de científicos estadounidenses pidió que todas las sustancias perfluoradas y polifluoradas (PFAS) fueran tratadas como una sola clase de química y dijeron que deberían evitarse para usos no esenciales debido a sus peligros toxicológicos y ecotoxicológicos.

“Honestamente, no esperaba que se encontraran PFC en una mascarilla quirúrgica, pero tenemos métodos de rutina especiales en nuestros laboratorios para detectar estos químicos fácilmente y poder identificarlos de inmediato. Este es un gran problema”, explicó el Dr. Sedlak.

"***Parece que se ha aplicado deliberadamente como repelente de líquidos; funcionaría para repeler el virus en forma de gotas de aerosol, pero el PFC en la cara, la nariz, las membranas mucosas o los ojos no es bueno***". Junto con los PFC, también detectó, además de los reticuladores de PFC, compuestos como el formaldehído y el acetaldehído, mientras que un cromatograma GCMS mostró "cientos de picos de otros contaminantes".

Al igual que Sedlak, Braungart señaló que las mascarillas quirúrgicas se han diseñado para usarse con fines muy específicos, como los médicos o durante un período corto de tiempo antes de desecharlas. No están diseñados para arrugarse en los bolsillos de las personas, donde "la fricción y el ambiente húmedo promueven la abrasión de las fibras y fomentan la colonización bacteriana con el tiempo", dijo.

Esta abrasión puede, dice, ***causar la liberación de diminutos microplásticos a medida que las fibras de polipropileno se rompen por el desgaste mecánico, encontrando en pruebas que algunas mascarillas arrojan microfibras clasificadas como 'polvo' peligroso por el Seguro Social Alemán de Accidentes (DGUV)***. Las fibras de este tipo de geometría que cumplen con este estándar de polvo también se denominan "fibras de la OMS" después de un trabajo anterior de la Organización Mundial de la Salud sobre el amianto.

Un problema imprevisto para quienes exigen el uso continuo y prolongado de mascarillas faciales, como los gobiernos y las empresas, es la posibilidad de litigios futuros si se demuestra que tienen algún impacto adverso a largo plazo en la salud humana, especialmente desde el punto de vista de largo plazo, aún no se han realizado estudios.

Recientemente, el Sciensano belga descubrió que ***la masa estimada de dióxido de titanio en 24 tipos diferentes de mascarillas faciales únicas y reutilizables destinadas al público en general superaba sistemáticamente el nivel de exposición aceptable por inhalación cuando las mascarillas se usan de forma intensiva***. Parte de este estudio fue publicado en Nature. Sin embargo, Sciensano no retiró del mercado ninguna de las mascarillas probadas ni informó al público en qué tipo de mascarillas se encontró el alto nivel de dióxido de titanio, mientras que ***en el documento se*** afirma ***que no se puede excluir un riesgo para la salud***.

No obstante, persisten las incertidumbres con respecto a la genotoxicidad de las partículas de dióxido de titanio. Además, Sciensano dijo que ***no excluye que el dióxido de titanio esté presente en otro tipo de mascarillas que contengan fibras sintéticas, como las mascarillas médicas, incluso cuando estén certificadas***. Falta información clave sobre la evaluación del riesgo de toxicidad. En general, los datos científicos sobre la presencia de (nano) partículas en mascarillas faciales, sus características, la exposición y los riesgos para la población son limitados, especialmente para poblaciones vulnerables, ancianos, mujeres embarazadas y niños. En los últimos dos años, estos grupos se vieron obligados a usar mascarillas faciales de manera intensiva sin una evaluación de riesgo-beneficio decente.

En Alemania, los Países Bajos y Canadá se han retirado del mercado millones de mascarillas debido a la presencia de óxido de grafeno conocido en la ECHA como una sustancia que causa irritación ocular, irritación cutánea y puede causar irritación respiratoria. En una revisión sobre nanopartículas de grafeno, se reveló la toxicidad subyacente, por ejemplo, destrucción física, estrés oxidativo, daño en el ADN, respuesta inflamatoria, apoptosis, autofagia y necrosis.

Todavía se desconocen los peligros potenciales a largo plazo. Desafortunadamente, ***el uso frecuente*** descontrolado ***de biocidas por parte de los productores de mascarillas y pruebas faciales amplía aún más el problema ya existente de resistencia a los antibióticos, como MRSA (Staphylococcus aureus multirresistente)***. A este respecto, es importante darse cuenta de que el Staphylococcus aureus suele causar un crecimiento excesivo de bacterias con problemas en la piel debido al uso de mascarillas. Además, la Universidad de Florida encontró 11 bacterias patógenas que pueden causar difteria, neumonía y meningitis en el exterior de las mascarillas que usan los niños.

El aumento de la exposición ***a sustancias tóxicas debido al uso excesivo de medidas ineficaces como mandatos de uso de mascarillas, uso frecuente de desinfectantes para manos, aerosoles desinfectantes y pruebas frecuentes durante la pandemia tendrá un*** impacto ***a corto y largo plazo en la salud de los niños y las generaciones futuras***.

Además, los cierres ineficaces aumentaron el número de niños que dependen de los paquetes de los bancos de alimentos que no pueden cumplir con la nutrición

diaria necesaria durante el crecimiento y el desarrollo, lo que empeora la amenaza de mala salud durante el envejecimiento.

Puede producirse una desregulación ***general del sistema inmunitario con consecuencias que van desde trastornos autoinmunitarios hasta cáncer***. Lo más probable es que la población más afectada sean los niños pobres, inmunocomprometidos y discapacitados. ***Para evitar más*** daños***, se deben detener las medidas mientras se necesita un análisis urgente sobre el*** envenenamiento ***y las posibles formas de reparar el sistema inmunológico***.

La Organización Mundial de la Salud afirma que el envenenamiento es una de las cinco principales causas de muerte por lesiones no intencionales en los niños. Las encuestas realizadas en China muestran que el envenenamiento es una de las principales causas de muerte en los niños chinos, y se ubica como la tercera causa de muerte accidental.

La exposición ***de los niños a sustancias químicas tóxicas en el medio ambiente*** causa o contribuye ***a un grupo de enfermedades crónicas incapacitantes y, a veces, potencialmente mortales, como el cáncer infantil, trastornos del neurodesarrollo, del comportamiento y del metabolismo de las grasas***. Enfermedades que aumentaron sustancialmente en el mundo occidental y no pueden explicarse por tendencias paralelas en el estilo de vida, la dieta y los patrones de comportamiento.

Cada vez hay más evidencia científica de que ***incluso dosis bajas de exposición a sustancias tóxicas durante el desarrollo fetal e infantil pueden causar efectos permanentes duraderos***. Las ventanas críticas de vulnerabilidad a la exposición son el feto en desarrollo durante el tercer trimestre del embarazo cuando el cerebro se desarrolla más rápidamente y durante los primeros años de vida cuando el sistema inmunológico está programado.

En los últimos dos años, el peligro biológico ha aumentado ***con una montaña de desechos adicionales***, equipos de protección personal no esenciales que representan casi la mitad del volumen de desechos. Alrededor de 1/3 del equipo de protección personal no se puede empacar o almacenar de manera segura debido a que hay muy pocas bolsas de riesgo biológico. En todo el mundo, se han gastado miles de millones de euros en mascarillas defectuosas y otros EPI, en su mayoría derivados de empresas chinas que no existían antes de la pandemia. Aunque la OMS lanzó una emergencia sobre el peligro de la contaminación del aire que resulta en un sistema inmunológico deficiente, más enfermedades infecciosas y más enfermedades crónicas no transmisibles (es decir, enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad), ***no se ha*** realizado ***una evaluación de riesgos y beneficios de las medidas pandémicas que acaban con la vida de millones de personas***.

La Academia Nacional de Ciencias de EE. UU. (NAS, por sus siglas en inglés) ha estimado que ***las exposiciones tóxicas en el medio ambiente*** contribuyen ***a causar el*** 28% ***de los trastornos neuroconductuales en los niños***.

El umbral, la concentración más baja que podría producir efectos dañinos, es diferente para cada químico y puede diferir de persona a persona (sensibilidad). ***Cuanto más larga sea la*** exposición ***a un químico, más probable es que uno se vea afectado por él***. ***La*** exposición ***a sustancias químicas, que continúa durante un largo período de tiempo, a menudo es particularmente peligrosa porque algunas sustancias químicas pueden*** acumularse ***en el cuerpo o porque el daño no tiene posibilidad de repararse***.

La capacidad ***de los niños para metabolizar, desintoxicar y excretar muchas sustancias tóxicas difiere de la de los adultos. Son menos capaces de*** lidiar ***con toxinas químicas porque no tienen las enzimas necesarias para metabolizarlas y, por lo tanto, son más*** vulnerables ***a ellas***. ***Los sistemas de desarrollo de un niño son muy delicados y no pueden*** reparar ***el daño que pueden causar los tóxicos ambientales***. Incluso en ausencia de síntomas clínicos visibles, ***una*** toxicidad subclínica ***podría causar*** enfermedades ***en la inteligencia y alteración del comportamiento. Los órganos internos más*** afectados ***son el hígado, los riñones, el corazón, el sistema nervioso (incluido el cerebro) y el aparato reproductor***.

Muchos estudios demuestran que los niños y adolescentes tienen un riesgo muy bajo de desarrollar un supuesto caso grave de Covid-19. Sin embargo, ***la*** asociación ***de Covid-19 grave en niños y adultos con*** condiciones médicas preexistentes subraya ***la contribución de estas comorbilidades a la gravedad de la enfermedad***. Varios estudios demostraron una relación entre la composición de la microbiota intestinal, los niveles de citocinas y marcadores inflamatorios, quimiocinas y marcadores sanguíneos de daño tisular en pacientes con Covid-19 y la gravedad de la enfermedad.

No hay evidencia ***de que las medidas durante la pandemia para niños y adolescentes sanos protejan contra la infección o transmisión viral, mientras que el posible*** daño ***por una combinación de sustancias tóxicas que eventualmente podría funcionar sinérgicamente o potenciar en posible daño sobre la efectividad del sistema inmunológico es de*** importancia ***y genera una creciente preocupación***.

Una alteración ***de la microbiota intestinal de los niños y adolescentes*** predispone ***a los niños y adolescentes a desarrollar MIS-C y otras enfermedades crónicas***. Se han publicado informes de casos de problemas de salud graves en cuestión de minutos mientras se usa una mascarilla. Sorprendentemente, los expertos de los gobiernos, la política y los tribunales aún recomiendan medidas a favor, incluso cuando la ciencia es clara acerca de la ineficacia sede que la seguridad no se puede garantizar.

Es innegable la influencia de los contaminantes sobre la microbiota intestinal, la permeabilidad intestinal y el sistema inmunitario, potenciando la inflamación pulmonar, intestinal y sistémica. ***Condiciones que pueden*** potenciar ***los efectos inflamatorios con consecuencias sistémicas***. ***La contaminación puede*** influir ***en las modificaciones epigenéticas, el estrés oxidativo y los***

procesos de impacto de metilación de genes tanto en pérdida como en exceso, particularmente para aquellos involucrados en vías inflamatorias.

En general, ***parece haber un*** riesgo ***de desarrollo de ciertas enfermedades autoinmunes como resultado de un desequilibrio de los subconjuntos de células T***. Los mecanismos subyacentes y las consecuencias a largo plazo aún no están del todo claros; por lo tanto, los efectos podrían ser incluso más graves de lo esperado.

En algunos casos, puede tener lugar un efecto sinérgico ***entre un patógeno y un contaminante que da como resultado una respuesta inmunitaria alterada***. ***La microbiota actúa como*** inmunomodulador ***y está implicada en la respuesta a la vacunación. Los diferentes tipos de microbiota inhibidos por PFAS están*** relacionados ***con una mejor respuesta inmunitaria a la vacunación y la longevidad***.

La exposición ***a PFAS se ha asociado con una disminución de las respuestas inmunitarias humorales a las vacunas contra el tétanos, la difteria y la rubéola en niños y adultos***. Por otro lado, un estudio transversal en China mostró un efecto protector de la vacuna contra la influenza sobre los efectos de la contaminación del aire. Como se sabe desde hace muchas décadas, ***la eficacia de las vacunas depende de la*** integridad ***del sistema inmunitario***. ***Los seres humanos están expuestos a peligros a lo largo de su vida y los efectos de estas*** exposiciones ***a menudo no se dan cuenta hasta décadas después***.

La exposición al BPA durante el desarrollo puede estar asociada ***con un mayor peso corporal y una mayor obesidad o con fenotipos magros hiperactivos***. Un posible vínculo entre la exposición de los trabajadores agrícolas a los pesticidas y varias enfermedades mortales como el Parkinson y los cánceres de la sangre necesitó una década para que un grupo de científicos franceses hiciera sonar el silbato hasta que fue reconocido. ***Los aspectos ambientales, conductuales, socioeconómicos y dietéticos*** contribuyen ***a diferentes perfiles de riesgo de enfermedades posteriores en la vida***.

Los grupos de niños de todas las edades que han estado expuestos ***a períodos prolongados de uso de mascarillas, uso excesivo de desinfectantes para manos, aerosoles desinfectantes y pruebas frecuentes deben*** analizarse ***sobre la presencia de sustancias tóxicas o metabolitos en el cuerpo***.

Otras formas de constatar su inutilidad y peligrosidad

Pedirle a la gente que use mascarillas fue una señal visual ***de que el mundo estaba en una pandemia***, y se supone que muchos deben tener miedo y pánico en todo momento. ***El uso de mascarillas demostró que los gobiernos pueden decirles a todos qué hacer y obligarlos a hacer algo sin explicar realmente los motivos***.

Durante el episodio del 16 de febrero de "The American Journal", Ian Miller, autor del libro "Unmasked: The Global Failure of Covid Mask Mandates", habló sobre cómo ***las narrativas de enmascaramiento están afectando la forma de pensar de las personas***.

Señaló que ***las personas siguieron y siguen los mandatos de mascarillas por miedo***: simplemente porque no sabían desde el principio de qué se trataba la Covid. "Recuerde, la Organización Mundial de la Salud decía que algo así como el tres y medio por ciento de las personas que contrajeron Covid iban a morir".

Miller agregó que ***existía la idea de que si las personas colectivamente hacen algo que creen que los protegerá a sí mismos, entonces pueden evitar la enfermedad***. Sin embargo, se ha demostrado que ***eso es inexacto***.

La gente también tiene miedo de ser condenada al ostracismo. "Una vez que las cosas comienzan y ves a todos con una mascarilla y no quieres ser la única persona allí y causar una escena y tener un conflicto y que te griten porque no estás haciendo lo que hacen los demás", Miller dijo.

El presentador de "The American Journal", Harrison Smith, señaló que las mascarillas desde el principio "***no se han basado en absoluto en la ciencia, son totalmente infundadas***" y que "***todos los trabajos publicados antes mostraban que las mascarillas eran ineficaces***".

Miller cree que muchas personas quieren sentirse buenas y ***usar mascarillas les hace sentir que están ayudando y contribuyendo***. Una vez que eso se convirtió en una especie de mensaje de los CDC, que no se trataba solo de protegerse uno mismo, sino también de proteger a los demás, las personas están más dispuestas a hacer cumplir los mandatos de máscara por sí mismos. "Es como, bueno, no me estás protegiendo, eres una mala persona".

Tal como manifiesta Miller, las inexactitudes difundidas por los "expertos" y sus aliados en los medios de comunicación han calado permanentemente en una parte importante de la población, que rehúsa dejar de usarlas aunque ya no exista obligación de hacerlo y aunque ***la evidencia científica les*** demuestre ***que no hacen la diferencia o, incluso peor, que son perjudiciales***.

Considera que, en el fondo, el debate sobre los cubrebocas gira en torno a la ideología. En ese sentido, recuerda que durante años los "expertos" han criticado la importancia de las mascarillas y se han reído literalmente de las sugerencias de que pudieran suponer una diferencia significativa. "La ideología y el pensamiento de grupo se han convertido en algo tan importante y omnipresente entre los 'expertos' que abandonan fácilmente sus posiciones previamente declaradas para ajustarse a lo que se espera de ellos políticamente", remarca.

Miller asegura que cuando no había presiones ni tribalismo en relación con las intervenciones conductuales, los 'expertos' eran honestos a la hora de enmascarar. "Ahora ha sido sistemáticamente lo contrario. Y la investigación adicional confirma que sus afirmaciones previas al tribalismo eran correctas. Lejos

de 'la ciencia', cambiante, sus acciones post-Covid se explican por la señalización política y la mentira para satisfacer sus necesidades", enfatiza.

Resalta que la ciencia real siempre ha confirmado que ***las mascarillas no sirven para detener la transmisión de los virus respiratorios***. "Sin embargo, los expertos, los medios de comunicación y los políticos de todo el mundo entraron en pánico e impusieron su uso a la población. Hicimos el experimento, probamos los cubrebocas en todas partes. Y todas las pruebas disponibles siguen confirmando que no funcionan", escribe.

"***Los 'expertos' que siguen impulsando el uso de mascarilla permanente son peligrosos, incompetentes o intelectualmente deshonestos. Por mucho que lo sigan intentando, todas las pruebas demuestran que no importa cuántas personas lleven mascarilla, realmente no consiguen nada***", concluye.

Los verdaderos expertos dicen algo muy diferente:

El higienista industrial certificado Stephen Petty que ha estado trabajando durante 45 años en el campo de la salud y la seguridad, brindó un testimonio experto para el Senado de New Hampshire en marzo que mostró que, desde su perspectiva, ***las mascarillas no hacen absolutamente*** nada ***para detener la propagación de un virus como el supuesto SARS-CoV-2***. También testificó en el estado de Kentucky.

Su argumento se centró en el hecho de que ***las partículas del virus son extremadamente pequeñas y no tienen problemas para entrar y salir de las mascarillas***. "El virus es 500 veces más pequeño de lo que puedes ver", dijo. "Una partícula de SARS es mil veces más pequeña que la sección transversal de un cabello humano". En este vídeo de se puede ver en profundidad su explicación sobre los tamaños de las partículas.

Comparó ***la cantidad de espacio que una partícula de virus tiene para viajar dentro y fuera de las mascarillas médicas*** con una "***súper autopista para que el virus entre y salga***".

Criticó el argumento del control de fuente, que es la idea de que incluso si una partícula de Covid puede pasar a una mascarilla, aún es más seguro usar una para no propagar el virus fuera de la mascarilla. "***Este argumento de control de fuente es falso***", dijo. "Si tienes esta súper autopista, no le importa si entra o sale el virus".

Petty también afirmó que una "fibra de asbesto en promedio es 50 veces más grande que una partícula del virus". Petty criticó la idea de que se podría decir que se podría usar una mascarilla médica o N-95 para detener la Covid cuando solo se usan "respiradores de alta gama" en el trabajo con asbesto.

Dijo que cuando ***una mascarilla N95 no se usa con el ajuste adecuado, la efectividad se reduce al 3% y tiene una efectividad del 46% cuando se usa con el ajuste perfecto***.

No es el único, hay otros testimonios de personas cualificadas y valientes, que coinciden el señor Petty:

El organismo oficial que coordina las diversas organizaciones pediátricas de Bélgica ha pedido que **se eliminen las medidas actuales contra el coronavirus en las escuelas para niños menores de 12 años**. Según ellos, estas medidas ***son más dañinas para un niño que adquirir una infección por Covid***.

Un grupo de pediatras que representan a la academia se opone a las pruebas Covid, la cuarentena y el uso de mascarillas para este grupo de edad. Según ellos, "***hacer test a los niños, imponer mascarillas bucales y cuarentena va en contra del principio de 'primum non nocere' (primero, no hacer daño) que está incluido en el juramento hipocrático que tomaron los médicos***".

Los pediatras apoyaron su postura con una serie de razones y afirman que "***estas acciones drásticas hacen mucho más daño a los niños a corto y largo plazo que pasar la infección en sí***".

Para el director del NIH, el mandato del uso de mascarillas en las escuelas, no tiene base científica. El Dr. Vernon Coleman afirma que las mascarillas producen cáncer. Sobre el uso de las mascarillas, además de sobre otras cosas, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho una declaraciones tremendamente directas y esclarecedoras. También los doctores Peter McCullough y Jay Bhattacharya, han hablado, entre otros, sobre ese tema y el Dr. Jeffrey Barke en referencia a los niños, al igual que el Dr. Vinay Prasad, la Dra. Stefani Reinold: "Los padres deciden, ¡no a las mascarillas para los niños en el colegio!; y la Dra. Lee Merritt:

"***Son inútiles, el 97% de las partículas pasan por las mascarillas***, por lo que no ayudan a controlar los virus. Además, enmascarar a los niños los 'daña' de muchas maneras y les ocasionará 'problemas de por vida'.

Comprender las emociones es importante para la interacción social, y las mascarillas que obstruyen el rostro pueden influir en la forma en que los humanos pueden inferir emociones mediante la observación. ***Es especialmente pronunciado en niños de tres a cinco años y puede afectar el desarrollo de su razonamiento social y emocional***. Los niños comienzan a comprender diferentes estados emocionales desde la infancia. Por ejemplo, a los cuatro meses, comienzan a discriminar los movimientos faciales asociados con la ira o la felicidad. Posteriormente, comienzan a discriminar la sorpresa y luego pueden aprender a diferenciar las diferentes intensidades de las emociones. Dentro de su primer año, comienzan a participar en referencias sociales; para el segundo año, desarrollan conceptos más abstractos".

Además, Merritt dice que ***los niños pueden estar desarrollando germofobia***, entre otras cosas. Los niños pueden sentir mucha ansiedad por los gérmenes, especialmente cuando el distanciamiento social se ha convertido en la norma. No solo eso, la forma en que se maneja el Covid-19, Merritt cree que la sociedad les está dando a los niños un miedo generalizado al mundo que los rodea.

Por otro lado, una terapeuta de Florida, Jaclyn Theek, dijo que ***las mascarillas, definitivamente, han contribuido a un aumento del 364% de los niños con retraso en el habla***.

Un terapeuta del habla en Florida, Estados Unidos, está haciendo sonar la alarma sobre la insistencia de los CDC en el uso de mascarillas después de notar ***un aumento masivo en la cantidad de niños que sufren retrasos en el habla y otros problemas inducidos por las mascarillas***.

Jaclyn Theek, es directora de una clínica y patóloga del habla y el lenguaje en el Speech and Learning Institute de North Palm Beach, le dijo a WPBF, afiliada de noticias de ABC, que ***vio un enorme aumento del 364% en la cantidad de referencias de niños que sufren retrasos en el habla en el año 2021, y sugiere que el uso de mascarillas puede estar causando un daño sin precedentes al desarrollo infantil***.

"Este ha sido un año muy desafiante", dijo Theek a fines de 2021, informando al público que ***antes de la pandemia, solo el 5% de sus pacientes eran bebés y niños pequeños, un número que desde entonces se ha disparado al 20%***.

Al decir que muchos padres se refieren al problema como que sus hijos están "retrasados por la Covid", Theek afirmó que si bien todavía no hay investigaciones que digan que el uso de mascarillas podría estar causando retrasos en el habla y el lenguaje, ella ***está más que convencida de que es un "factor" importante***.

"***Estamos viendo muchas cosas que se parecen al*** autismo. No están haciendo ningún intento de palabras. Y no se comunican en absoluto con su familia", explicó Theek. "***Es muy importante que los niños vean caras para aprender"***.

Si bien Theek tiene razón al afirmar que aún no se ha realizado un estudio revisado por pares que indique un problema específico con los retrasos en el habla causados por medidas pandémicas como el enmascaramiento, como ya mencioné anteriormente, un estudio de agosto de 2021 en Rhode Island encontró que ***los niños nacidos durante la pandemia tienen una capacidad cognitiva notablemente más baja en comparación con sus contrapartes antes de la pandemia***.

"En todas las medidas, encontramos que ***las puntuaciones cognitivas se redujeron significativamente durante la pandemia entre 27 y 37 puntos***

(o casi dos desviaciones estándar completas)", escribieron los investigadores.

"No encontramos diferencias significativas en el peso al nacer o la duración de la gestación en general en los niños antes y durante la pandemia", agregaron, lo que sugiere que ***el problema no es el resultado de una dolencia física o desnutrición, sino el resultado de condiciones ambientales como el uso de mascarillas y el aislamiento***.

Además de las preocupaciones planteadas por los terapeutas del habla y otros expertos médicos, los padres también han notado una diferencia en sus hijos nacidos durante la pandemia en comparación con sus hijos mayores criados antes de las llamadas medidas de salud pública.

La mascarilla se ha politizado tanto que impide la consideración racional de la evidencia (incluso más allá de las líneas políticas) y genera niveles de acritud, acciones odiosas, desdén y villanía entre quienes la usan entre sí que se sienten amenazados por el individuo que no quiere o no puede usar una.

Existe un daño psicológico tremendo para los bebés y los niños, con posibles impactos catastróficos en el desarrollo cognitivo ***de los*** niños. Esto es aún más crítico en relación con los niños con necesidades especiales o aquellos dentro del espectro del autismo que necesitan poder reconocer las expresiones faciales como parte de su desarrollo contínuo. ***La evidencia acumulada también sugiere que el uso prolongado de mascarillas en niños o adultos puede causar*** daños, tanto que el Dr. Blaylock afirma que "***la conclusión es que [si] no está enfermo, no debe usar una mascarilla***". Además, el Dr. Blaylock escribe: "***Al usar una mascarilla, los virus exhalados no podrán escapar y se concentrarán en los conductos nasales, entrarán en los nervios olfativos y viajarán al cerebro***".

Ningún estudio de ensayos controlados aleatorios (randomized controlled trial, RCT) con resultado verificado muestra un beneficio para el personal sanitario o los miembros de la comunidad al usar una mascarilla o respirador. Del mismo modo, no existe ningún estudio que muestre un beneficio de una política amplia para usar mascarillas en público. ***Si realmente hubiera algún beneficio de usar una mascarilla, debido al poder de bloqueo contra las gotas y las partículas de aerosol, entonces debería haber más beneficio de usar un respirador N95 en comparación con una mascarilla quirúrgica, pero, como hemos podido comprobar, las publicaciones analizadas demuestran que no existe tal beneficio relativo***.

Ahondando en lo anterior, nos encontramos con Stevo, que es autor y colaborador político de The Daily Caller, The Hilly y otras fuentes de medios. En un libro llamado 'Face Masks Hurt Kids' Stevo profundiza en la ciencia de las políticas de enmascaramiento obligatorio y su impacto en los niños. ***La verdad es que las mascarillas perjudican a todos***.

En su artículo: 'Not Safe, Not Effective — 376 Ways That Face Masks Are Known To Harm The Wearer', Stevo enumera 376 formas en que las máscaras pueden ser dañinas, cubiertas con más detalle en Face Masks Hurt Kids. Algunos de los problemas enumerados son menores. Algunos de los problemas enumerados son importantes.

La lista es demasiado larga para repetirla aquí pero se puede leer al final de su artículo. Los daños se clasifican: ***riesgos para las mujeres embarazadas y los fetos; la respiración y los pulmones; corazón; riñones; cabeza; cara; piel; ojos; orejas; nariz; boca; comunicación; inmunidad; cáncer; cuerpo; y, pensando. Y van desde la cognición deteriorada hasta la disminución del coeficiente intelectual, desde el agotamiento hasta la muerte súbita durante el ejercicio***.

"***La conclusión general de esta lista para mí es que ya no hay forma de decir que una mascarilla facial es segura para cualquier hombre, mujer o niño. Las mascarillas son menos seguras para cualquier persona frágil, como los enfermos, los ancianos y los niños***", escribió Allan Stevo.

En el mejor de los casos, los mandatos de mascarillas ***no hacen nada para reducir la propagación del coronavirus a nivel de la sociedad. En el peor de los casos, provocan una mayor transmisión de Covid-19 y la muerte***.

El último caso señalado se dio en Oregon, donde la gobernadora demócrata Kate Brown instituyó un mandato de mascarilla totalitaria. Como informa National Review:

El 24 de agosto del 21, la gobernadora de Oregón, Kate Brown, estableció un requisito de enmascaramiento estatal, tenía 49 889 casos activos de Covid-19. El 21 de septiembre, Oregon tenía 86 623 casos activos de Covid-19, **un *aumento del 73%*** desde el día en que el gobernador anunció el requisito de mascarillas para exteriores.

Muchos estadounidenses habían asumido los riesgos de las “vacunas” Covid-19, a pesar de las reservas, con la esperanza de obtener protección contra la forma más grave de la enfermedad. Desafortunadamente, los datos de Oregon muestran que más de 500 residentes habían muerto a causa del virus a pesar de estar completamente “vacunados” contra él.

Desde que comenzó la pandemia, en aquel momento, Oregón había registrado 552 muertes por Covid-19 denominadas "revolucionarias". De estas, 273 personas fueron “vacunadas” por completo con la “vacuna” Pfizer, mientras que 144 recibieron la “vacuna” Moderna y 78 recibieron la “vacuna” Johnson and Johnson.

Hasta el 2 de diciembre del 21, el estado había informado de más de 45 000 infecciones por coronavirus entre personas que están completamente “vacunadas”. La mayoría de estos casos, el 10.9%, se produjeron en personas de

30 a 39 años, el 6.6% en personas de 80 años o más, mientras que los de 12 a 19 años representaron el 4.8% de los casos.

No es un caso aislado:

A finales del 21, las muertes reportadas en Hawai habían aumentado un 1740% en los últimos dos meses a pesar de uno de los mandatos de mascarillas más largos del mundo y un cumplimiento abrumador.

Los casos en Corea del Sur habían estado en niveles récord durante casi 3 meses a pesar del cumplimiento de la mascarilla del 99% y las multas por incumplimiento.

Singapur había alcanzado oficialmente un nuevo récord en casos, 527 días después de su mandato de mascarillas y con el 82% de su población completamente "vacunada".

Si comparamos la trayectoria en aquel momento de Los Ángeles (con mandato de mascarillas los 2 últimos meses) con el condado de Orange (sin mandato de mascarillas), la trayectoria es muy similar, pero con mejores datos para el condado de Orange lo cual ya indicaba, que ***la utilidad de la mascarilla es cero***. De igual forma, si comparamos Arizona y Nevada, las gráficas de contagios son muy similares, hasta la imposición de la mascarilla en Nevada los últimos 2 meses, entonces la gráfica muestra un aumento en los contagios mucho mayor que para Arizona sin mandato de mascarillas.

Los casos en Alaska son **los más altos que jamás hayan existido y los más altos en los Estados Unidos**, con mandato de mascarillas y con el 50% de la población vacunada ddesde el 20 de mayo.

Otro dato importante, es que en la peor época, ***países en los que no se usaba la mascarilla, se acercaban a cero*** muertes diarias y presentaban mejores datos de contagios que otros países con mandatos de mascarillas.

Hasta el propio Fauci reconoce que no son útiles: "***La mascarilla típica que compras en la farmacia no es realmente eficaz para evitar el virus, que es lo suficientemente pequeño como para atravesar el material***". Esto fue compartido por el ex-asesor de virus y epidemiólogo de Joe Biden, Michael Osterholm, director del Centro de Investigación y Política de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Minnesota. Él dijo en agosto: "Conocemos hoy en día que ***muchos de los revestimientos de la cara de tela que usa la gente no son muy eficaces en la reducción de cualquiera de los virus de movimiento dentro o hacia fuera***".

No deberíamos preguntarnos simplemente qué tan efectiva es la prescripción de enmascaramiento si una persona hipotética (responsable) usa una mascarilla hipotética (N-95) mantenida y la usa de una manera hipotética (desinfectada y ajustada adecuadamente), sino: ¿Cómo aplicará la población en general la recomendación?

Por lo general, ***usarán las mascarillas de la manera incorrecta, con la higiene incorrecta***. Nada de esto quiere decir que los mandatos de mascarillas no tengan ningún efecto. De hecho, como hemos visto, los estudios han encontrado que ***las mascarillas se convierten en placas de Petri cargadas de patógenos en la cara de las personas, pueden restringir la ingesta de oxígeno e inducir niveles peligrosamente altos de dióxido de carbono en el torrente sanguíneo de las personas, pueden introducir micropartículas de plástico nocivas para la salud en los sistemas del usuario, pueden causar problemas en la piel, pueden exacerbar ansiedad y dificultades respiratorias en los niños, y puede conducir a un desarrollo facial alterado en los niños debido a la respiración bucal continua. Además, están las consecuencias psicológicas y sociales muy graves***.

El principal estudio que los medios de comunicación y los gobiernos utilizaron para demostrar que las mascarillas quirúrgicas son efectivas se ha desmoronado por completo.

En el artículo publicado inicialmente, los autores no publicaron el número bruto de casos seropositivos en su estudio, lo que impidió que cualquiera pudiera calcular análisis estadísticos estándar de sus resultados. Muchos expertos también objetaron el número de regresiones estadísticas ejecutadas para extraer señales de su muy compleja intervención. Recientemente, los autores finalmente publicaron sus datos.

Tras la publicación de sus datos, se pudieron realizar análisis estadísticos. Había 1106 individuos sintomáticos confirmados como seropositivos en el grupo de control y 1086 de estos individuos en el grupo de tratamiento. La diferencia total entre los dos grupos fue minúscula: solo 20 casos de más de 340 000 individuos en un lapso de 8 semanas.

En una publicación de un autor que realizó un análisis tras la publicación de los datos, describió otro problema con el estudio:

"Hubo una gran diferencia entre los grupos de control y de tratamiento, con el 95% de consentimiento en el grupo de tratamiento pero solo el 92% de consentimiento en el control. Este diferencial por sí solo podría eliminar la diferencia en los casos observados. Finalmente, la seropositividad sintomática es una medida burda de Covid, ya que los individuos podrían haber sido infectados antes de que comenzara el ensayo".

El ensayo clínico aleatorizado (ECA) se reconoce como el diseño de investigación más creíble para la investigación clínica. El objetivo del ECA es lograr una comparación válida de los efectos de un tratamiento o tratamientos en investigación con el tratamiento de control (estándar de atención) en la población de pacientes objetivo.

Contrariamente a la creencia popular, ***todos los ECA realizados sobre el uso de mascarillas y la prevención de infecciones para la influenza confirmada por laboratorio, el resfriado común u otros virus respiratorios***

muestran que las mascarillas son ineficaces. El CDC incluso admitió recientemente que ***no tiene conocimiento de ningún ensayo de control aleatorio que concluya que las mascarillas son efectivas para prevenir la propagación del coronavirus, o cualquier virus respiratorio***.

Más recientemente, las autoridades de buena parte del mundo, decidieron que terminaran los mandatos de mascarillas, no obstante, los argumentos que se dieron en el momento de levantar la obligatoriedad del uso de mascarillas son tan equivocados como la supuesta protección que dijeron que conferían frente al SARS-CoV-2. Así lo hace notar el periodista Scott Morefield en una columna publicada en el sitio Townhall, en la que escribe: "Si sus dirigentes se han esforzado por aclarar que los mandatos de los cubrebocas sólo se han levantado porque las tasas de Covid han bajado o incluso porque las últimas variaciones del virus se han vuelto menos mortales, están pasando por alto a propósito el panorama general y se aferran astutamente al pretexto que invitará a la locura de volver en cualquier momento: que las mascarillas 'funcionan' para detener o frenar la propagación de los virus respiratorios altamente contagiosos".

Para Morefield, la insistencia descarada en que los cubrebocas "funcionan" se ha convertido en una de las mentiras más insensatas y perversas de toda la historia de la humanidad. "No sólo creó una falsa sensación de seguridad que, sin duda, dio lugar a más infecciones de las que se habrían producido de otro modo, sino que también provocó años de retrasos en el habla y el desarrollo de los niños, trastornos incalculables en la cohesión de la sociedad, millones de toneladas de residuos médicos inútiles y sin sentido en nuestros océanos y vertederos, problemas psicológicos masivos en innumerables personas que todavía se enmascaran en los lugares y situaciones más absurdos hasta el día de hoy, e incluso daños médicos reales que se están descubriendo", dijo.

"La creencia en el poder y la eficacia de las mascarillas se ha convertido en una religión de facto para estos locos del culto, y están deseando que llegue la próxima oportunidad para imponer su 'fe' al resto de nosotros", remarca Morefield, quien agrega: "Si crees que estoy exagerando, considera que los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) acaban de recomendar de nuevo el uso de barbijos al viajar, basándose en la propagación de… la viruela del mono".

Basándose únicamente en el sentido común, Morefield se pregunta: "Si las mascarillas o la obligatoriedad de su uso funcionaran, ¿no veríamos ya pruebas contundentes de ello, más de dos años después? Si hubiera tales pruebas, ¿no estarían los poderes fácticos gritándolo a los cuatro vientos? En lugar de ello, han estado bastante callados debido a gráficos como los que utilizan los propios datos de los CDC para comparar la propagación de la Covid en los lugares que tenían mandatos de uso de mascarilla frente a los que no los tenían. ¿El resultado? Ninguna diferencia discernible".

Morfield se alegra de que la marea esté cambiando, ya que se están llevando a cabo y publicando investigaciones y datos clave "que siguen poniendo una estaca en el corazón del enmascaramiento forzado".

Como ejemplo, cita un estudio de la Universidad de Louisville publicado en mayo de 2021 que descubrió que la obligatoriedad de uso de barbijo y el mayor cumplimiento resultante de ella "no predijeron tasas de crecimiento más bajas cuando la propagación en la comunidad era baja (mínima) o alta (máxima)". El estudio, que utilizó datos de los CDC a lo largo de varias temporadas, descubrió que ***el uso de mascarillas y los mandatos "no están asociados con una menor propagación del SARS-CoV-2 entre los estados de Estados Unidos***".

Tampoco en las escuelas la utilización de cubrebocas es útil. En ese sentido, Morefield menciona la investigación de Ambarish Chandra, de la Universidad de Toronto, y la Dra. Tracy Hoeg, de la Universidad de California, publicada en The Lancet bajo el título: "Revisión de los casos pediátricos de covid-19 en condados con y sin requisitos de barbijo escolar-Estados Unidos, del 1 de julio al 20 de octubre de 2021". En los resultados de ese estudio, las autoras concluyen que "***no hay relación significativa entre los mandatos de mascarillas y las tasas de casos***".

¿Por qué no hay tasas de mortalidad e infección discerniblemente más bajas en los lugares que se enmascararon durante años frente a los que apenas hicieron nada? No las hay, porque esto ha sido un gigantesco castillo de naipes que sigue cayendo.

Por qué no sirven

Para comprender por qué las mascarillas no pueden funcionar, debemos revisar el conocimiento establecido sobre:

- Las enfermedades respiratorias virales.
- El mecanismo de variación estacional del exceso de muertes por neumonía e influenza.
- El mecanismo de aerosol de la transmisión de enfermedades infecciosas.
- La física y química de los aerosoles y el mecanismo de la llamada dosis mínima infecciosa.
- Además de las pandemias que pueden ocurrir en cualquier momento, en las latitudes templadas existe una carga adicional de mortalidad por enfermedades respiratorias que es estacional y que es causada por virus.

En un estudio, demostraron que el fenómeno de la virulencia de virus transmitidos por el aire es dependiente de la humedad en la transmisión real de enfermedades entre cobayas y discutieron los posibles mecanismos subyacentes para el efecto de control medido de la humedad. El mecanismo subyacente es que las partículas o gotitas de aerosol cargadas de patógenos se neutralizan dentro de una vida media que disminuye monótona y significativamente al aumentar la humedad ambiental. Esto se basa en el trabajo fundamental de Harper. Harper demostró experimentalmente que ***las gotitas portadoras de patógenos***

virales se inactivaban en tiempos cada vez más cortos, a medida que aumentaba la humedad ambiental.

Harper argumentó que ***los virus en sí mismos se volvieron inoperantes por la humedad*** ("descomposición viable"), sin embargo, admitió que el efecto podría deberse a la eliminación física mejorada por la humedad o la sedimentación de las gotas ("pérdida física").

La última ("pérdida física") parece más plausible, ya que la humedad tendría un efecto físico universal de causar el crecimiento y sedimentación de partículas/gotitas, y todos los patógenos virales probados tienen esencialmente la misma "descomposición" impulsada por la humedad. Además, es difícil entender cómo un virión (de todos los tipos de virus) en una gota sería atacado o dañado molecular o estructuralmente por un aumento de la humedad ambiental. Un "virión" es la forma infecciosa completa de un virus fuera de la célula huésped, con un núcleo de ARN o ADN y una cápside. El mecanismo real de tal "desintegración viable" intragotita impulsada por la humedad de un virión no ha sido explicado ni estudiado.

Un estudio histórico, mostró que el patrón estacional de mortalidad por enfermedades respiratorias adicionales puede explicarse cuantitativamente sobre la base única de la humedad absoluta y su impacto de control directo en la transmisión de patógenos transportados por el aire. La explicación no depende del mecanismo particular de la desintegración de viriones en aerosoles / gotitas impulsada por la humedad. El modelo de Shaman demostrado cuantitativamente de epidemiología viral regional estacional es válido para cualquier mecanismo (o combinación de mecanismos), ya sea "descomposición viable" o "pérdida física".

El gran avance logrado no es simplemente desde un punto de vista académico. Más bien, tiene profundas implicaciones en las políticas de salud, que se han ignorado o pasado por alto por completo en la actual pandemia de coronavirus. En particular, el trabajo de Shaman implica necesariamente que, ***en lugar de ser un número fijo (que depende únicamente de la estructura espacio-temporal de las interacciones sociales en una población completamente susceptible y de la cepa viral), el número de reproducción básico de la epidemia (R_0) es altamente o predominantemente dependiente de la humedad absoluta del ambiente***.

Las enfermedades respiratorias virales infecciosas estacionales que azotan las latitudes templadas cada año pasan de ser intrínsecamente levemente contagiosas a virulentamente contagiosas, debido simplemente al modo biofísico de transmisión controlado por la humedad atmosférica, independientemente de cualquier otra consideración.

La alta transmisibilidad impulsada por la sequedad (R_0 grande) surge de pequeñas partículas de aerosol suspendidas fluidamente en el aire; a diferencia de las gotas grandes que se eliminan rápidamente del aire por gravedad. Estas pequeñas partículas de aerosol suspendidas en forma fluida en el aire, de origen biológico, son de todas las variedades y están en todas partes, incluso hasta del

tamaño de los viriones. Más concretamente, se ha demostrado que existen concentraciones de virus en el aire en interiores (en guarderías, centros de salud y aviones a bordo) principalmente como partículas de aerosol de diámetros inferiores a 2.5 µm.

Estas partículas pequeñas (<2.5 µm) forman parte de la fluidez del aire, no están sujetas a sedimentación gravitacional y no serían detenidas por un impacto inercial de largo alcance. ***Esto significa que el más mínimo (incluso momentáneo) desajuste facial de una mascarilla o respirador hace que la norma de filtrado de diseño de la mascarilla o respirador sea completamente irrelevante***. En cualquier caso, **el propio material de filtración de N95 (tamaño medio de poro ~ 0.3-0.5 µm) no bloquea la penetración del virión, al igual que las mascarillas quirúrgicas**.

La eficacia **de la detención de la mascarilla y la inhalación del huésped son solo la mitad de la ecuación, porque también debe considerarse la dosis infecciosa mínima (MID)**. Por ejemplo, si una gran cantidad de partículas cargadas de patógenos deben ser entregadas al pulmón dentro de un cierto tiempo para que la enfermedad se asiente, entonces el bloqueo parcial con cualquier mascarilla o paño puede ser suficiente para marcar una diferencia significativa. Por otro lado, ***si la MID es ampliamente superada por los viriones transportados en una sola partícula de aerosol capaz de evadir la captura de la mascarilla, entonces la mascarilla no tiene utilidad práctica, que es el caso***.

Si algo pasa (y siempre pasa, independientemente de la mascarilla), entonces vas a estar infectado. ***Es imposible que las mascarillas funcionen***. Por lo tanto, no es sorprendente que ningún estudio libre de prejuicios haya encontrado alguna vez un beneficio de usar una mascarilla o respirador.

Como se mencionó anteriormente, ***no existe ningún estudio de calidad que muestre un beneficio de una política amplia para usar mascarillas en público***. Hay una buena razón para esto. Sería imposible obtener resultados inequívocos y sin sesgos:

- Cualquier beneficio del uso de mascarillas tendría que ser un efecto pequeño, ya que no se detectaría en experimentos controlados, que se verían inundados por los efectos más grandes, en particular el gran efecto del cambio de humedad atmosférica.

- Se desconocerían los hábitos de cumplimiento y ajuste de la mascarilla.

- El uso de mascarillas está asociado (correlacionado) con varios otros comportamientos de salud.

- Los resultados no serían transferibles debido a los diferentes hábitos culturales.

- El cumplimiento se logra mediante el miedo, y las personas pueden habituarse a la propaganda basada en el miedo y pueden tener respuestas básicas dispares.

- El seguimiento y la medición del cumplimiento son casi imposibles y están sujetos a grandes errores.

- La autoevaluación (como en las encuestas) es notoriamente sesgada, porque los individuos tienen la creencia egoísta de que sus esfuerzos son útiles.

- La progresión de la epidemia no se verifica con pruebas confiables en grandes muestras de población y generalmente se basa en visitas o ingresos hospitalarios no representativos.

- Varios patógenos diferentes (virus y cepas de virus) que causan enfermedades respiratorias generalmente actúan juntos, en la misma población y/o en individuos, y no se resuelven, aunque tienen características epidemiológicas diferentes.

Considerando todo lo expuesto anteriormente, podemos llegar a dos conclusiones importantes:

- La hipótesis que defienden los creyentes en el discurso oficial de que aunque el supuesto virus (científicamente no se ha demostrado su existencia) sea más pequeño que el más pequeño de los diámetros de poros que nos pueden ofrecer las mascarillas de las que disponemos, dichas mascarillas son igualmente efectivas para detener el virus; es errónea, a nivel experimental lo que podemos ver, es que las mascarillas no sólo no protegen contra el supuesto virus, sino que tampoco evitan la propagación de la supuesta enfermedad (no se ha demostrado científicamente que el SARS-CoV-2, sea el causante del síndrome conocido como Covid-19).

- Las mascarillas contribuyen a que se puedan ocasionar problemas de salud de distinta gravedad en los usuarios y muy especialmente en niños. Así pues, lo más lógico, científicamente recomendable y beneficioso para todos, es que las mascarillas no sean utilizadas por nadie en general y particularmente por los niños.

A modo de resumen:

Durante los últimos 2 años, algunos gobiernos han adoptado el uso obligatorio de mascarillas para la población en general, incluidos los niños, con el fin de reducir la propagación del nuevo coronavirus, supuesto agente responsable por diseminar la supuesta enfermedad Covid-19 en las comunidades. La gran incertidumbre generada por la circulación de un supuesto nuevo patógeno, sumada al posterior terror mediático y la publicación de "artículos de opinión" de algunos especialistas en marzo de 2020, fueron suficientes para que los gobernantes de algunas

comunidades y países adoptaran esta medida ***con respaldo de una evidencia científica reconocidamente de calidad "muy baja" o "baja"***.

La evidencia acumulada hasta la fecha, proveniente tanto de ensayos controlados como estudios observacionales comparando resultados de regiones donde esta medida ha sido más y menos utilizada, indica que ***el uso de mascarillas extendido a la población general, incluyendo niños, tiene un impacto*** nulo ***en la propagación de virus respiratorios, incluyendo influenza y coronavirus***.

Hasta marzo de 2020, ***el*** uso ***de mascarillas como equipo de protección personal solo estaba indicado en situaciones donde*** convergen ***conocimientos científicos, observacionales y empíricos sobre su utilidad, a pesar de los*** riesgos ***inherentes de su uso y/o mal uso. Estas recomendaciones son las que deberían*** prevalecer ***hoy, según la mejor evidencia científica disponible***.

Los pocos estudios no controlados que sugieren un beneficio potencial del uso indiscriminado de mascarillas faciales, hacen una referencia importante de que ***tales beneficios solo podrían eventualmente lograrse a través del uso*** correcto ***del dispositivo, que incluye, además de la colocación correcta: no tocar la tela***; no mojar o humedecer, retirar adecuadamente y cambiar el dispositivo con frecuencia, eliminándolo en recipientes adecuados cada vez que haya contaminación externa.

No es posible afirmar***, ni siquiera considerar factible, que un menor de edad pueda utilizar correctamente este dispositivo, por largos períodos, sin*** riesgo ***de mal uso y, en consecuencia, de contaminación y posibilidad de infecciones secundarias***. ***La*** acumulación ***de patógenos potencialmente de alto riesgo (incluidos virus, bacterias y hongos) en la tela de los dispositivos ya es bien*** conocida ***a través de publicaciones científicas. Análisis más recientes de la microbiota oral y su relación con el desarrollo y la progresión del cáncer, han*** identificado ***la presencia de patógenos relacionados con mayor gravedad, entre los que comúnmente se retienen en la tela de las mascarillas***.

El daño ***emocional, afectivo o directamente físico que provoca la imposición del uso de mascarillas a los menores no es un fenómeno simple de evaluar a corto o medio plazo***. Sin embargo, ***la cantidad de*** evidencias ***y factores preocupantes que se imponen sobre este tema, sumado a la escasez de evidencias científicas de calidad que soportan su*** efectividad, hacen que se deba recomendar a los padres encargados del trato con sus hijos, a la sociedad en general y a los funcionarios gubernamentales, en especial, lo siguiente:

- ***ABOLIR el uso*** indiscriminado ***de las mascarillas faciales como instrumento preventivo de la transmisión del supuesto virus SARS-CoV-2***.

- ***Considerar el uso de las mascarillas en menores como un*** riesgo ***potencial para su salud, ya que existe una gran*** posibilidad ***de mal uso y los riesgos de contaminación en este caso son altos***. El uso de este dispositivo debe reservarse para situaciones donde los beneficios superen los riesgos, considerando siempre la supervisión de su uso por una persona capacitada.

Una vez más, **la ciencia desmuestra que el discurso oficial es profundamente erróneo y que carece de cualquier justificación científica que lo respalde**.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21)).

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

Según el discurso oficial la Covid, es una enfermedad respiratoria que se produce en los pulmones y en la que el virus utilizando la proteína espiga, se replica entrando en las células a través de los receptores ACE2 de las mismas.

Curiosamente, esos receptores apenas se expresan en las células pulmonares, donde sí que lo hacen y ampliamente, es en los ovarios. Hay unas proteínas retrovirales humanas, llamadas sincitinas, que presentan homologías muy importantes con la proteína espiga del SARS-CoV-2. Para ser más exactos, dicha homología, se da con: la sincitina 1 (Syn1) (codificada por los HERV-W que se encuentran en el cromosoma 7 humano) y con la sincitina 2 (Syn2) (que se encuentra en el cromosoma 6); también con los retrovirus de tipo "K" (HERK). Es lógico pensar que se van a producir interferencias, dada la similitud de la proteína del virus y las nuestras. Los retrovirus endógenos de tipo K (HERV-K) se han relacionado con enfermedad de las motoneuronas (las parálisis), que se pueden producir por reacción cruzada o por aumento de expresión, en un número importante de vacunados. Las sincitinas de tipo 1, al producir la fusión de la trofoblasto en sincitiotrofoblasto, son imprescindibles para una adecuada formación de la placenta. Si por casualidad dicha fusión no tuviera lugar adecuadamente por alguna reacción cruzada con las sincitinas 1, puede darse la placentogénesis normal **pudiendo producir una preeeclampsia y el grave síndrome de HELLP** (que tiene bastantes síntomas similares con los de la Covid-19 grave) y también, **puede facilitar el ABORTO**. Además de lo dicho anteriormente, es importante recordar que la sincitina 1, es imprescindible para la fecundación en sí misma, ya que es de vital importancia para que tenga lugar la fusión entre el óvulo y el espermatozoide; de igual forma, sabemos que la sobreexpresión de la sincitina 1, está relacionada con **enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple, la diabetes tipo 1 y la esquizofrenia** (1) (2) (3) (4) (5) (6).

Hace unos meses, **los doctores Michael Yeadon y Wolfgang Wodarg, enviaron una petición a la EMA, advirtiendo de los peligros de las "vacunas" para las** embarazada. Ambos médicos exigieron que se suspendieran

todos los estudios de la “vacuna” contra el SARS CoV-2, en particular el estudio de BioNtech/Pfizer sobre su “vacuna” BNT162b.

Sus preocupaciones se dividieron en los siguientes puntos:

1) **La formación de los llamados “anticuerpos no neutralizantes” que pueden conducir a una reacción inmune agresiva y exagerada, especialmente cuando el individuo “vacunado” entra en contacto con el virus real (“salvaje”) después de la inyección**. Esta "**amplificación dependiente de anticuerpos" (ADE)** se ha conocido a partir de experimentos con vacunas de coronavirus en gatos, que inicialmente toleraron la vacunación pero murieron después de contraer el virus "salvaje".

2) Se espera que las vacunas produzcan anticuerpos contra las proteínas de pico del SARS-CoV-2. Sin embargo, como dije antes, **las proteínas de pico presentan homologías con la sincitinas, que son esenciales para la formación de la placenta en mamíferos como los humanos. Debe descartarse que una “vacuna” Covid-19 podría desencadenar una reacción inmune contra la sinctina-1, ya que de lo contrario la infertilidad de duración indefinida podría resultar en mujeres “vacunadas”**.

3) Las “vacunas” de ARNm de BioNTech/Pfizer contienen **polietilenglicol (PEG). El 70% de las personas desarrollan anticuerpos contra esta sustancia, lo que significa que muchas personas pueden desarrollar reacciones alérgicas potencialmente mortales a la “vacuna”**.

4) El estudio de Pfizer (en ese momento) no permite una estimación realista de los efectos tardíos de la “vacuna” Covid-19. Millones de personas estarían expuestas a un riesgo inaceptable una vez que se aprobaran las “vacunas”.

Durante una reciente conferencia el Dr. Yeadon, mencionó que recientemente se realizó un estudio en 15 mujeres que recibieron la vacuna Pfizer, se extrajeron muestras de sangre cada pocos días y los investigadores midieron los anticuerpos contra la proteína de pico. En el estudio, **los investigadores también midieron los anticuerpos contra la placenta y encontraron que dentro de los primeros 1-4 días, se producía un aumento de dos y medio a 300% en los anticuerpos contra su propia placenta**.

El Dr. Yeadon dijo que no puede estar seguro de cuál será el efecto y no está seguro de si será suficiente para causar pérdidas en el primer trimestre, pero dijo que cree que sí porque la literatura académica muestra que **las mujeres que tienen enfermedades autoinmunes tienen "más probabilidades de tener pérdidas en el primer trimestre", y lo que ha hecho esta vacuna es "inducir una respuesta autoinmune"**. “**Lamento decir esto, pero ese es un ataque autoinmune inducido por la “vacuna” en su propia placenta, y creo que solo se puede esperar que eso suceda en todas las mujeres en edad fértil**".

“El problema autoinmune es obvio puesto que el cuadro inflamatorio de la ‘Covid grave’ se corresponde muy bien con **un síndrome hemofagocítico** (proceso caracterizado por la proliferación y activación anómala de macrófagos y linfocitos inflamatorios) y a mi juicio los síndromes hemofagocíticos **son característicos de procesos tóxicos o degenerativos del llamado sistema inmune**. Hasta ahora se habían observado principalmente en niños, a veces después de determinadas vacunaciones, por lo que habría que estudiar la posibilidad de que sean ocasionados por desregulación de los gammaretrovirus endógenos.

Todas las vacunas víricas para humanos están cultivadas en células embrionarias de otras especies animales que contienen sus propios virus, entendidos éstos como paquetes de información genética con función regulatoria. Y al realizarse ese cultivo interespecie se producen recombinaciones víricas quiméricas que resultan tóxicas por transmitir a las células mensajes aberrantes. **Si la recombinación se produce entre gammaretrovirus (que tienen funciones muy importantes en la regulación de la inmunidad innata) se favorecería un tipo de respuesta alterada como es el síndrome hemofagocítico**”.

Técnicamente se produce por desregulación a la baja de la expresión en la célula endotelial del receptor ACE2, proteína de la membrana celular con función enzimática que se encuentra distribuida por todo el organismo cumpliendo numerosas funciones. Una de ellas es la regulación de la presión arterial y, por tanto, del flujo sanguíneo a numerosos tejidos y órganos. También es receptor de diversas proteínas codicadas por retrovirus endógenos como las sincitinas y las sinapsinas, con funciones específicas como la formación de la placenta, la unión óvulo-espermatozoide en la fecundación, la maduración testicular y la transmisión del impulso nervioso en las sinapsis neuronales”.

También se expresan en los testículos, para ser más exactos, en las células productoras de testosterona, llamadas células de Leydig. Si por casualidad, como consecuencia de la proteína trasgénica vacunal o de la formación de un depósito de complejos antígeno-anticuerpo en el testículo o del ARN vacunal (silenciamiento génico); tuviera lugar algún tipo de interferencia con el receptor ACE2, ***podría dar lugar a infertilidad***, la probabilidad de sufrir impotencia aumenta casi 100 veces después de la “vacuna” Covid en comparación con otras vacunas. Es importante recordar que el ACE2, es un elemento constitutivo del testículo, es decir, no es dependiente de las hormonas y eso llevaría a que no se produjera la maduración en el testículo. Es imprescindible para que se produzca testosterona en el testículo y obviamente, para la maduración de las células de Leydig. El receptor ACE2, también se expresa en las células de Sartoli, con lo cual, también podría existir interferencia con la formación de espermatozoides (1) (2) (3) (4).

El receptor ACE2, además de en ovarios y testículos, lo podemos encontrar en: neumocitos tipo ii, corazón, riñón, endotelio vascular en general, plaquetas (lo cual, producirá una activación plaquetaria con la inoculación y, esto a su vez, puede producir procesos trombóticos, como ya hemos comprobado).

La infección se basa en la unión de la proteína S (glucoproteína de pico) a la ACE (enzima convertidora de angiotensina) 2 en las células huésped. El endotelio vascular puede ser infectado por el SARS-CoV-2 que desencadena la producción de especies de oxígeno reactivo mitocondrial, así como, el cambio glucolítico. Paradójicamente, la ACE2 es protectora en el sistema cardiovascular y la proteína S promueve la lesión pulmonar al disminuir el nivel de ACE2 en los pulmones infectados. Ha quedado demostrado, que la proteína Spike, por sí sola puede dañar las células endoteliales vasculares por regulación a la baja de los ACE2, y consecuentemente inhibiendo la función mitocondrial. Se ha comprobado, por tanto, que la proteína S, tiene un efecto directo sobre el endotelio vascular, que es la pared de células que recubre por dentro los vasos sanguíneos. El endotelio está relacionado con la vasodilatación y con la formación de trombos, al estar alterada la pared del endotelio, se pone en marcha una serie de mecanismos que son trombogénicos. Atendiendo a todo lo expresado anteriormente, se podría decir que ***la enfermedad es vascular y no respiratoria***, lo cual, explica la formación de coágulos (también los formados tras la inoculación de ciertas "vacunas"), los derrames cerebrales, los daños arteriales en otras partes del cuerpo y otros síntomas como los "pies Covid"; todos con un común trasfondo vascular.

Evidentemente, con todo esto, ***ha quedado demostrado científicamente, que la proteína S no se debería usar de ninguna forma, por ser patógena***; si se eliminan las capacidades de replicación del virus, éste sigue teniendo un efecto dañino importante en las células vasculares, simplemente en virtud de su capacidad de unirse a este receptor ACE2, el receptor de la proteína S. La técnica CRISPR, que se basa en manipular el ADN haciendo cortes para un simple "copia y pega" y la fabricación de vacunas quiméricas altera el 'texto' y el 'contexto' de la misma forma que un disco dañado altera la transmisión del mensaje codicado en él. Pues bien, las quimeras (organismos o constructos de información genética de varias especies diferentes como dicen que es el SARS-CoV-2) y las "vacunas" para combatirlo quizá puedan transportar información a las células de esas y otras especies pero ***resultan tóxicas porque actúan en un contexto desnaturalizado***. Y en ese sentido ***la proteína espiga (o proteína S) de las 'vacunas' es genéticamente tóxica***".

La edición de genes CRISPR se presenta a menudo como un procedimiento sencillo, preciso y seguro. Pero los hallazgos de investigaciones recientes sobre la edición de genes **CRISPR para aplicaciones de terapia génica muestran que puede provocar daños masivos en los cromosomas**. El fenómeno se conoce como cromotripsis: "Una forma extremadamente dañina de reordenamiento genómico que resulta de la rotura de cromosomas individuales y la posterior reunión de las piezas en un orden aleatorio". Es una consecuencia en el objetivo previamente no apreciada de las roturas de doble cadena en el ADN que la edición de genes CRISPR está diseñada para producir.

El hecho de que el daño se produzca "en el objetivo", en el sitio de edición previsto, significa que cualquier intento de apuntar a la edición del gen CRISPR con mayor precisión no resolverá este problema, como se señala en el artículo de Nature Biotechnology uno de los investigadores en el estudio, David Pellman del

Instituto de Cáncer Dana-Farber y la Escuela de Medicina de Harvard, que dijo: "No se puede hacer que esto desaparezca haciendo que el corte sea más específico".

La principal preocupación de la cromotripsis en entornos terapéuticos es que puede provocar cáncer o una enfermedad hereditaria en cualquier hijo del paciente afectado. Solo se necesitaría una sola célula para verse afectada por la cromotripsis y provocar un cáncer. Los autores de otro estudio, llaman sin rodeos a la cromotripsis "un proceso mutacional catastrófico" y advierten que es "una toxicidad en el objetivo que puede minimizarse mediante protocolos de manipulación celular o detección, pero que no puede evitarse por completo en muchas aplicaciones de edición del genoma".

La cromotripsis es solo el último de una larga lista de resultados no deseados inducidos por CRISPR que pueden ocurrir en el sitio de edición previsto y, por lo tanto, no se pueden evitar mejorando la orientación de CRISPR. A pesar de esto, los legisladores en el Reino Unido y la UE persisten en hacerse eco de las narrativas de los grupos de presión de la industria de que la edición de genes CRISPR es precisa y los resultados predecibles.

Aún con todo esto, dicha proteína, sí se sigue usando:

Uno de los métodos de inmunización contra Covid-19 implica la inyección de la proteína de pico purificada, genéticamente modificada, en el receptor para inducir una respuesta inmune frente al virus. Existen varios riesgos a largo plazo asociados con este enfoque. **La proteína espiga que se encuentra en estas "vacunas" puede inducir una enfermedad autoinmune**. Existen varias formas para generarla, una de ellas, es la inducida por la propagación del epítopo, cuando un antígeno extraño, como la proteína de pico, es presentado por una célula presentadora de antígeno que también tiene moléculas propias unidas a su moléculas MHC.

Además, como se ha comentado antes, dicha proteína, emplea como receptor, la enzima convertidora de angiotensina 2, que es una enzima que contiene Zn; esa interacción tiene el potencial para aumentar el Zn intracelular y se ha demostrado que los **iones de zinc causan la transformación de TDP-43 a su configuración patológica de priones**. **El plegamiento de TDP-43 y FUS en su prión patológico, está confirmado que causa esclerosis lateral amiotrófica (ELA), degeneración lobar fronto temporal (DLFT, es un término que engloba un grupo heterogéneo de enfermedades neuropatológicamente caracterizado por la presencia de inclusiones proteicas anormales en el citoplasma o en el núcleo de neuronas y células gliales), enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurológicas degenerativas** (1) (2) (3).

Las pequeñas nanopartículas que componen algunas de las nuevas "vacunas" de proteína de pico purificada Covid-19, tienen un mayor potencial para cruzar la barrera hematoencefálica, aumentando la

penetración de la proteína en el cerebro, lo que podría conducir a un daño neurológico crónico.

Creación y mantenimiento de una narrativa

Puesto que como hemos visto, realmente, no ha sido demostrada la existencia del supuesto virus y tampoco que dicho virus sea el causante del síndrome conocido como Covid-19, habrá que buscar otras causas que puedan explicar lo que sucede:

Cuando las cuestiones son complejas, lo fácil y tentador es encontrar respuestas sencillas (y generalmente equivocadas). De ello, en general, ha habido mucho durante la supuesta pandemia Covid-19 y en particular, en relación a la naturaleza de la supuesta enfermedad; en parte por puro desconocimiento, en parte por deseo de gobernar sin complicaciones, y en parte por maldad, para aprovechar la pandemia como oportunidad de negocio entre otras cosas.

Para mantener el estado de alarma general se ha empleado el crear pánico, el inyectar miedo, pero sobre todo se han empleado narrativas contagiosas y manipuladoras. Veamos unos ejemplos de narrativas con falacias y mentiras que se han empleado para manipular a la sociedad durante la supuesta pandemia Covid-19:

1. De ésta saldremos mejores. 2. No se pueden hacer comparaciones con otros países. 3. Ahora no es el momento de discrepar ni de criticar. 4. Los que ponen en duda las normas son terraplanistas. 5. Hay que hacer lo que dicen los "expertos". 6. En España el virus ha sido particularmente violento. 7. Somos un pueblo ingobernable. 8. La gente no respeta las normas. 9. Los jóvenes son irresponsables, les importa un bledo que mueran sus abuelos. 10. Confinar es la única manera de controlar al virus. 11. Los viejos mueren por ser viejos, hay que aislarlos todo lo que se pueda. 12. Para aplanar la curva hay que lograr que todo el mundo cumpla las normas. 13. Ese Fernando de la pandemia, el de la tele, es el mejor del mundo. ¡Qué bien lo explica todo! 14. Estar en la playa y en el campo sin mascarilla es querer matar a los demás. 15. La atención médica por teléfono es lo mejor. 16. Si funciona mal la sanidad pública, la privada es barata. 17. La educación a distancia es el futuro. 18. Si funciona mal la educación pública, la privada es muy conveniente. 19. La mascarilla (barbijo, tapabocas, bozal) es un seguro de vida. 20. Las mascarillas han venido para quedarse; evitan la covid19, y también la gripe y otras muchas enfermedades. 21. La pena es que no gobiernen los expertos. 22. Está bien eso de que los expertos nos expliquen las cosas pues sólo ellos las entienden. 23. Los negacionistas merecerían ser encarcelados. 24. Le tienen tirria a Bill Gates por envidia, como a todos los filántropos, Amancio Ortega incluido. 25. ¿Una Renta Básica a todo el mundo? ¡Lo que faltaba! El pobre lo es porque no se esfuerza, la renta básica lo reforzaría en no hacer nada. 26. Los que más contagian son niños y adolescentes. 27. Si algún país ha controlado la pandemia es porque es una isla, como Nueva Zelanda y Taiwán, por ejemplo. 28. En Suecia muchas terrazas abiertas y libertad, pero uno de los peores países del mundo en mortalidad. 29. Hay que evitar el debate sobre las medidas de la pandemia, no conviene que haya dudas

ante el confinamiento y demás. 30. Los profesionales sanitarios son los héroes de la pandemia. 31. Mueren más los trabajadores de primera línea porque no se cuidan. 32. Los inmigrantes son los que traen las mutaciones del virus. 33. Hay que adelantar el toque de queda. 34. Deberíamos denunciar a los que no cumplen las normas. 35. Las multas y los castigos no son suficientes, hay que incrementarlos. 36. Esto de la pandemia requiere "mano dura". 37. Las "vacunas" son la única solución de la pandemia Covid-19. 38. Los riesgos de las vacunas son mucho menores que los riesgos de la Covid-19. Y mucho menores que tomarte un "protector del estómago", la píldora anticonceptiva, el simple ir andando por la calle, ¡y no digamos el montarte en un autobús! 39. Las "vacunas" las necesita todo el mundo, embarazadas incluidas. También quienes han pasado Covid-19. 40. Tendría que ser obligatoria la vacunación de los sanitarios, y de los profesores. ¡Y el que no se "vacuna", a la calle! 41. Quienes no se vacunan son, además, idiotas y malos. 42. Las "vacunas" tienen más efectos adversos en los países nórdicos, por su genética. 43. Las "vacunas" nos harán libres.44. ¿"Vacunar" a vagabundos, inmigrantes sin papeles y temporeros "ilegales"? ¡Ni hablar, vienen por eso, por el turismo sanitario! 45. No pasa nada porque se vacunen primero las autoridades, yo también lo haría si fuera autoridad. 46. Si hay una muerte por millón causada por las "vacunas", ¿qué importancia tiene en realidad? Ninguna. Y si es por cien mil, lo mismo. Idem si es por diez mil. 47. Todas las "vacunas" son seguras. 48. Las "vacunas" funcionan. 49. Todas las "vacunas" son iguales. 50. Con las "vacunas" podremos volver a la normalidad de siempre. 51. Habría que hacer un pasaporte vacunal, y quien no esté vacunado que no pueda salir de su casa. 52. Ya se está viendo el efecto de las vacunas en los asilos. 53. En España no hay un sistema especial de compensación por daños de las "vacunas", pero es que hacen muy pocos daños. Este sistema lo hay en Alemania, Austria, Francia, Islandia, Italia, Japón, Noruega, Suecia, Suiza y otros países porque allí las "vacunas" hacen más daños. 54. Si hay quien se infecta después de "vacunarse" es que algo habrá hecho mal. 55. Las "vacunas" no van a forzar al virus a mutar. 56. Quienes se vacunan no transmiten el virus. 57. Te "vacunas" y ya. Bueno, a lo mejor hay que "revacunar y revacunar", como con la "vacuna" de la gripe, pero no pasa nada. 58. Hay que "vacunar" a niños y adolescentes, cuanto antes. 59. Hay que "vacunarse" por uno mismo y por los demás, y quien no se "vacuna" padece un egoísmo insufrible. 60. Siempre ha habido antivacunas contra el progreso y la ciencia. No hay que darles voz, ni siquiera discutir sus argumentos. (Todas extraídas de este artículo).

Con estas narrativas sobre la pandemia Covid-19 se consigue, especialmente, calmar la angustia de la gente, pues tales historias breves dan respuesta a todos los interrogantes y explican con sencillez y aparente ciencia el devenir de la pandemia. En realidad, lo peor es que las narrativas imponen un marco de forma del que no se puede salir, bloqueando todo debate.

Propaganda, campaña del miedo, formación de las masas y totalitarismo

Hemos sido sometidos a una intensa propaganda sobre todo lo que rodea a la Covid. El bombardeo de información, siempre en el mismo sentido, ha sido incesante. Como sucede con cualquier campaña de marketing, dicho bombardeo,

puede condicionar la visión de la gente. Un ejemplo claro es la supuesta enfermedad que llaman "Covid persistente".

"Covid persistente"

¿La creencia de haber tenido una infección por Covid-19 y una infección confirmada por serología de SARS-CoV-2 se correlacionan con síntomas físicos persistentes durante la pandemia de Covid-19?

Después de la infección por SARS-CoV-2, muchos pacientes presentan síntomas físicos persistentes que pueden afectar su calidad de vida. ***Las creencias sobre las causas de estos síntomas pueden influir en su percepción y promover comportamientos de salud desadaptativos***.

La OMS la ha incluido entre las enfermedades de nueva creación. La jefa de gestión clínica de la OMS, Janet Díaz, afirma que aparece entre los "infectados", a pesar de que ***hay estudios*** ((1) (2)) ***que demuestran que eso es falso***.

Uno de los síntomas atribuidos por la televisión a la Covid, es la pérdida del olfato y el gusto, una enfermedad muy antigua, anterior a la esta pandemia y que tiene muy diversos orígenes, incluso los sicopatológicos. Lo mismo ocurre con los demás síntomas de la "Covid persistente": fatiga, síntomas respiratorios, neuralgia, problemas de piel, problemas oculares, problemas digestivos, etc.

En uno de los estudios anteriormente mencionados, durante meses Cédric Lemogne, jefe del departamento de psiquiatría del Hôtel-Dieu de París, analizó a 26 823 personas diagnosticadas de "Covid persistente":

Los informes espontáneos de infección se asocian con muchos síntomas físicos persistentes, mientras que los datos de infección por Covid-19 confirmados por laboratorio solo se asocian con anosmia (trastorno del olfato). Estas correlaciones son independientes del estado de salud estimado por los propios pacientes, así como de los síntomas depresivos.

Se utilizaron regresiones binomiales para analizar cada síntoma persistente como indicador inicial para su análisis, mediante modelos que incluyen tanto el autodiagnóstico de infección por Covid-19 como los resultados de las pruebas serológicas, luego se ajustaron por edad, sexo, ingresos y nivel educativo

De las personas estudiadas, sólo 1091 dieron positivo en las pruebas de coronavirus. ***El 96% de las casi 27 000 personas nunca tuvieron el coronavirus***. ***Los hallazgos de este análisis transversal de una gran cohorte francesa extraída de la población general sugieren que los síntomas físicos persistentes después de la infección por Covid-19 pueden estar más asociados con la creencia de haber sido infectado con SARS-CoV-2 que con Covid-19 confirmado por laboratorio. La investigación adicional en esta área debería considerar los mecanismos subyacentes que no son específicos del supuesto virus SARS-CoV-2. Sería necesaria una evaluación médica de estos pacientes para prevenir***

síntomas debidos a otra patología y atribuidos erróneamente a un "Covid largo".

Otro de los estudios anteriormente mencionados que desacredita la existencia del llamado Covid "largo", es uno publicado por los Institutos Nacionales de Salud (NIH).

La realidad es que ***las personas que afirman estar sufriendo de un largo período de Covid probablemente lo estén*** imaginando. ***Lo más probable es que tengan simple ansiedad inducida por el miedo y la paranoia por el coronavirus de Wuhan (Covid-19)***.

El estudio, explica que simplemente ***no hay evidencia sólida que demuestre la existencia de Covid prolongado***. Además, ***el grupo demográfico más*** propenso ***a la presunta Covid prolongada son las mujeres con antecedentes de trastornos de ansiedad***.

Covid prolongado es una condición de salud mental ***que está completamente separada de cualquier problema físico real. Aquellos que parecen más propensos a "contraerlo" son los más*** propensos ***a caer en la programación gubernamental y mediática***, y esta admisión proviene de una agencia oficial del gobierno, sorprendentemente.

Según el Daily Caller, 189 personas con "casos" documentados en laboratorio participaron en el ensayo de los NIH. Todos ellos tenían al menos seis semanas de su enfermedad cuando aparecieron los síntomas.

Este grupo de participantes se comparó con 120 participantes de control que, según los informes, dieron "negativo" para los anticuerpos del virus chino.

A los participantes se les realizó un examen físico, pruebas de laboratorio, cuestionarios, pruebas cognitivas y una evaluación cardiopulmonar. En base a esto, ***no se*** observó ***una causa identificable de los síntomas de PASC (postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection) en la mayoría de los casos***.

El estudio explica que el 55% de los infectados informaron síntomas de Covid prolongado, mientras que solo el 13% del grupo de control informó síntomas. Aquellos con síntomas de PASC informaron una calidad de vida más baja en las pruebas estandarizadas.

"***Los estudios exploratorios no encontraron evidencia de infección viral persistente, autoinmunidad o activación inmunitaria anormal en los participantes con PASC***", concluyeron los autores del estudio. "Los hallazgos anormales en el examen físico y las pruebas de diagnóstico fueron poco comunes".

Toda la evidencia parece apuntar al hecho de que ***el Covid prolongado es simplemente un*** trastorno psicológico ***provocado por el miedo***.

Estos hallazgos, son muy significativos porque a la hora de configurar la supuesta enfermedad a la que llaman Covid, revistas como EClininal Medicine ha reunido más de 200 síntomas diferentes. En la misma línea la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia elaboró un listado parecido con el mismo número de síntomas de "Covid persistente". ***Cuantos más síntomas, mayor número de enfermos***. ***La "Covid persistente" es una enfermedad siquiátrica basada en puro histerismo, creada con el único objetivo de inflar las cifras y mantener la campaña mediática del miedo***.

La enfermedad llamada Covid de larga duración, es una excelente tapadera ***para los efectos provocados por los pinchazos de los sueros experimentales***. Veamos un detalle importante, si analizamos ***diez de los efectos secundarios más comunes asociados con los pinchazos antiCovid, observamos que, "curiosamente", todos*** están ***entre los síntomas más comunes asociados con el Covid prolongado***: problemas cardíacos, derrames cerebrales, trastornos de la coagulación, dolores en las articulaciones, convulsiones y otros problemas neurológicos, parálisis de Bell, síndrome de Guillain Barre, enfermedad autoinmune, problemas respiratorios, problemas de salud mental y fatiga.

Un ejemplo claro, lo tenemos en los casos de miocarditis y pericarditis que estamos viendo:

Hay algunos "profesionales" "amantes" de la narrativa oficial que relacionan la miocarditis y pericarditis de reciente aparición con el famoso "Covid persistente". Durante bastante tiempo otros profesionales independientes han expresado (en público y en privado) sus dudas al respecto de que Covid-19 pudiera generar miocarditis o pericarditis por ser patologías que no encontraban en pacientes que superaban la enfermedad antes de mediados de 2021.

Ahora, un estudio concluye que ***no hay un incremento de miocarditis ni de pericarditis en pacientes que han superado la infección***:

"***Nuestros datos sugieren que no hay un aumento en la incidencia de miocarditis y pericarditis en pacientes recuperados de Covid-19 en comparación con controles emparejados no infectados***. Se necesitarán más estudios a más largo plazo para estimar la incidencia de pericarditis y miocarditis en pacientes diagnosticados con Covid-19".

A partir de ahora será más complicado atribuir al llamado "Covid persistente" el incremento estadístico de miocarditis y pericarditis de reciente aparición.

Con esta información ***ya podemos*** afirmar ***que los pinchazos no protegen de miocarditis o pericarditis post infección (al no haber sido detectada), mientras que sí suponen un*** riesgo ***para los inoculados***.

El gobierno del Reino Unido dice que hay oficialmente 1.3 millones de personas en Gran Bretaña que sufren de Covid de larga duración, y que la cifra está

aumentando rápidamente. De igual forma, un informe de los EE. UU. sugiere que alrededor de 12 millones de estadounidenses tienen Covid de larga duración.

Los entusiastas de la Covid ahora afirman que hasta el 12% de todos los que supuestamente han tenido Covid todavía tienen síntomas 12 semanas después, y casi la mitad de todos los que padecen Covid durante mucho tiempo tienen síntomas un año después.

El Covid prolongado es la razón más importante de la ineficiencia, la caída de los niveles de producción y la escasez de personal. Es una de las principales razones del colapso de la economía mundial y del aumento de la inflación. Eso es lo que afirman los gobiernos y es bastante extraño porque, como hemos visto, hay estudios científicos que concluyen que el Covid prolongado es tan real como el Monstruo del Lago Ness. ***Es en gran medida un problema*** psicológico ***más que una enfermedad física real***.

"Cultivando" el miedo

El supuesto Covid prolongado, podría ser solo una consecuencia más de un proceso mucho más complejo que ha tenido como objetivo a toda la población mundial: una manipulación psicológica. Veamos la razón de esta afirmación:

El psiquiatra y autor de "United States of Fear: How America Fell Victim to a Mass Delusional Psychosis" Dr. Mark McDonald dice que ***la "pandemia del miedo" ha sido mucho más significativa que el propio Covid-19***.

"***Sé que la pandemia del miedo ha sido singularmente mucho más importante que cualquier crisis viral médica central de la que se nos haya informado desde el principio***", dijo McDonald al presentador de American Thought Leaders Jan Jekielek durante una entrevista reciente.

"Si realmente observa los propios datos de los CDC sin procesar en términos de muertes, ***el 94% de todas las muertes registradas fueron de personas que padecían tres o cuatro comorbilidades importantes y graves, y la edad promedio de muerte en realidad*** excede ***el promedio de vida del ciudadano estadounidense***".

Peor aún fueron las muertes causadas por el consumo de drogas, por la imposibilidad de obtener tratamientos médicos y por el aumento de la depresión.

"***La cantidad de personas que han muerto en el último año solo por sobredosis de drogas ahora ha*** superado ***los 100 000 estadounidenses. Un año. Nunca había sucedido antes: 100 000, solo en sobredosis de drogas. El aumento del cáncer, el aumento de la incidencia de enfermedades cardíacas, el aumento de las tasas de ansiedad, depresión, suicidio, están por las*** nubes".

A este respecto, los investigadores de la Universidad de California (UCLA) utilizaron la base de datos en línea de gran alcance para la investigación

epidemiológica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para calcular las muertes por sobredosis de drogas por población de 100 000 para adolescentes de 14 a 18 años que ocurrieron a partir de enero de 2010 hasta junio de 2021. Descubrieron que ***la tasa de mortalidad era de 2.4 por 100 000 (518 muertes) hasta 2019, pero en 2020 pasó a 4.57 por 100 000, aumentando a 1146 muertes a principios de 2021***.

McDonald argumenta que ***el público ha aceptado los mandatos, a menudo irracionales, porque tiene miedo y se deja llevar por sus emociones***.

"Mi opinión es que ***la gente, los estadounidenses, en general, se volvieron*** irracionales***, independientemente de si lo que se les dice es cierto o no***. ***Se volvieron irracionales y empezaron a*** obedecer ***órdenes porque tenían miedo. Creo que el miedo es realmente el*** mecanismo ***por el cual las personas pierden su capacidad de pensar racionalmente***".

Las personas se han visto afectadas permanentemente por los mensajes de miedo con los que vivieron ***durante la pandemia y ahora muchas personas están*** programadas ***para seguir viviendo con estas restricciones personales porque los hace sentir seguros***.

Como ejemplo, citó a los estudiantes que quieren volver a usar mascarillas obligatorias en sus aulas, o a los padres que quieren seguir usando mascarillas en las escuelas a pesar de que ***el tipo de mascarillas que usan los estudiantes no*** detuvo ***la transmisión***.

"Con respecto al uso de mascarillas ***antes de marzo de 2020,*** no hubo ***un estudio científico serio en ninguna parte del mundo, ni uno solo, que realmente haya demostrado que las mascarillas ayudaron a proteger a alguien de la*** transmisión ***de una enfermedad respiratoria. Ni uno"***.

McDonald dijo que ***estos "estudios" a favor del uso de mascarillas aparecieron después de los mandatos para convencer a las personas de que usar mascarillas tenía beneficios. "E incluso los que aparecieron no eran estudios reales de enmascaramiento in vivo. Todos eran*** teóricos***. Todos eran estudios de programa. Eran proyecciones. Eran*** conjeturas.

Además, ***por*** temor ***a la reacción del público, las personas no pueden hablar incluso cuando pueden ver la verdad***, agregó.

McDonald tuvo duras palabras por lo que llamó el fracaso de los medios, diciendo que ***la cobertura de noticias sobre la pandemia fue*** diseñada ***para alentar los mandatos del gobierno y la campaña de "vacunación", pero no fue equilibrada***.

"***Escogieron y eligieron información que ayudó a garantizar el cumplimiento y la obediencia de los mandatos del gobierno***. Eso es esencialmente todo lo que hicieron durante más de dos años", dijo McDonald, que también afirmó lo siguiente:

"***No creo que los ciudadanos pudieran tomar sus propias decisiones a menos que buscaran fuentes alternativas de información que, como todos sabemos, no solo eran difíciles de encontrar. Estaban siendo censurados y mutilados activamente por falsas acusaciones de desinformación, mentiras y alarmismo***".

La mayoría de los funcionarios de los gobiernos están calculando sus decisiones de política pandémica basándose también en el miedo y tratando de evitar que la mafia los persiga, dijo. "No están calculando 'cuál es el beneficio público en las decisiones que estoy tomando', ***lo que están calculando es '¿hasta qué punto los medios y las turbas extremas me perseguirán?***'".

"Ahora que el gobierno, las corporaciones, los medios de comunicación saben que simplemente seguiremos ciegamente todo lo que nos digan, ¿cuál será la próxima etapa? Esto es lo que realmente me preocupa. ***No estamos avanzando, solo estamos en un patrón de espera para la próxima crisis***".

Según el Dr. Harvey Risch, epidemiólogo de la Universidad de Yale, ***la pandemia de Covid-19 fue de*** miedo, ***fabricada por personas en posiciones nominales de poder*** cuando el virus se extendió por todo el mundo el año pasado. Risch, profesor de epidemiología en la Facultad de Salud Pública de Yale y el Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Facultad de Medicina de Yale, argumentó que, principalmente, ***las características generales de la pandemia siempre han sido un "grado de miedo y la respuesta de la gente al miedo"***. Lo hizo en el programa de Epoch TV "American Thought Leaders".

"En general, diría que ***hemos tenido una pandemia de miedo. Y el miedo ha afectado a casi todo el mundo, mientras que la infección ha afectado a relativamente pocos***", dijo Risch, que también afirmó lo siguiente:

"En general, ha sido una pandemia muy seleccionada y predecible. Se distinguió mucho entre personas jóvenes y ancianas, sanas y personas con enfermedades crónicas. Así que aprendimos rápidamente quién estaba en riesgo de padecer la pandemia y quién no.

Sin embargo, el miedo fue fabricado para todos. Y eso es lo que caracteriza a toda la pandemia es ese grado de miedo y la respuesta de la gente al miedo".

El profesor de epidemiología pareció sugerir que cuando comenzó la epidemia en marzo de 2020, las personas en posiciones nominales de autoridad habían pintado inicialmente una imagen mucho peor de la "naturaleza terrible" del virus de lo que exigía la situación.

Esto incluye la declaración de que todos están en riesgo, cualquiera puede infectarse y morir, y todos deben quedarse en casa para protegerse a sí mismos y, a su vez, a la sociedad.

"La gente tenía mucho miedo de ese mensaje, como con cualquiera que viniera del gobierno, las autoridades, los científicos, los médicos con autoridad en las instituciones de salud pública; todos diciendo el mismo mensaje a partir de febrero, marzo de el año pasado. Y entonces, todos creemos en esto", dijo.

Durante los dos primeros meses de la pandemia, se implementaron mandatos de mascarillas y estrictas órdenes de encierro para limitar la transmisión de Covid-19 en los Estados Unidos y en todo el mundo. La variedad de mensajes difundidos por los funcionarios provocó un aumento de los niveles de ansiedad, dijo Risch.

"Todos nuestros niveles de ansiedad aumentaron y todos tomamos decisiones para reducir, en diversos grados, nuestra exposición a otras personas, algunas más que otras, pero creo que todos tenían niveles de ansiedad que realmente afectaban la forma en que llevaban su vida en esa vez", dijo.

Además, un médico destacado al que se le atribuye la mejora del tratamiento temprano de Covid-19 dijo en una conferencia que ***el objetivo de las campañas de*** transmisión ***de "vacunas" es "***controlar ***a una gran proporción de nuestra población sin que nadie sospeche que estamos envenenados***".

"Las muertes que deben seguir a las 'vacunas' nunca podrán atribuirse al veneno. ***Serán demasiado diversos, habrá demasiados y estarán en un período de tiempo demasiado amplio para que entendamos que hemos sido envenenados***", afirma la Dra. Shankara Chetty.

Los "alentadores" de la supuesta pandemia, entienden ***muy bien la psicología humana y han sabido piratear o explotar las debilidades psicológicas de las masas para generar sumisión y obediencia***. Cuatro experimentos que arrojan luz sobre cómo las personas llegan a conformarse, adaptarse al absurdo y obedecer a la autoridad, incluso si va en contra de su código y principios morales personales:

- Los Experimentos de Conformidad de Asch

La presión de grupo no es solo algo con lo que solo los niños o adolescentes tienen que lidiar. El deseo de pertenecer es un impulso humano profundamente arraigado. Los Experimentos de conformidad de Asch, realizados en 1951, fueron un conjunto de experimentos utilizados para determinar el grado en que las personas ajustarían su comportamiento en función de la necesidad de encajar y no destacar.

Solomon Asch les dijo a los participantes que era un experimento sobre percepción visual. Primero les pidió que respondieran una pregunta simple por sí solos en la que estaban comparando la longitud de 3 líneas diferentes de la derecha con la de la izquierda, y respondiendo qué línea de la derecha era la más cercana en longitud a la de la izquierda. El 99% de las personas respondió correctamente.

Luego, puso al participante en una habitación con otros, donde algunos de los otros eran en realidad cómplices del experimentador. En ocasiones, los confederados daban deliberadamente una respuesta incorrecta. Esto tuvo el efecto de influir en el participante para que diera una respuesta incorrecta, negando sus propios ojos o sentidos para adaptarse al grupo.

Luego, puso al participante en una habitación con otros, donde algunos de los otros eran en realidad cómplices del experimentador. En ocasiones, los confederados daban deliberadamente una respuesta incorrecta. Esto tuvo el efecto de influir en el participante para que diera una respuesta incorrecta, negando sus propios ojos o sentidos para adaptarse al grupo.

Asch descubrió que la gente estaría de acuerdo con el grupo el 37% del tiempo, pero por diferentes razones: algunas porque pensaban que debían estar equivocadas (cuando tantos otros o "el grupo" tiene una respuesta diferente), y otras porque querían Evita la incomodidad de destacar. Asch también descubrió que cuando le dio al participante un socio (es decir, otro participante que participaba al mismo tiempo), la conformidad descendió del 37% al 5%.

"***A veces acompañamos al grupo porque lo que dicen nos convence de que tienen razón. A esto se le llama conformidad informativa. A veces nos conformamos porque tenemos miedo de que el grupo desapruebe si nos desviamos. A esto se le llama conformidad normativa. La variación de la asociación muestra que gran parte del poder del grupo provino no solo de su número, sino de la unanimidad de su oposición. Cuando se perfora esa unanimidad, el poder del grupo se reduce enormemente"***.

- Los Experimentos de Milgram

Se realizado en 1961 y repetido muchas veces, muestra que se puede engañar a la gente común para que siga órdenes y cometa actos horribles si creen que las órdenes provienen de una autoridad legítima.

Los resultados muestran que, por lo general, ***entre el 50% y el 65% de las personas obedecerían a la autoridad incluso si entrara en conflicto con su moral y conciencia***.

El experimento se organizó diciéndoles a los voluntarios que ayudarían con la investigación para ver qué tan bien aprendían las personas a través del castigo. Necesitaban leer preguntas a alguien en otra habitación, y si esa persona respondía incorrectamente, debían administrar una descarga eléctrica, cada vez con un voltaje creciente.

A medida que avanzaba el experimento, podían escuchar los gritos de dolor después de infligir el castigo, y se les hizo creer que lo estaban causando (aunque no lo estaban; la persona en la otra habitación era un cómplice del experimento).

Aunque algunos de los voluntarios claramente se sintieron incómodos y objetaron, el experimentador a cargo, que vestía una bata blanca y se presentó

como un científico, simplemente decía cosas como “el experimento requiere que continúes”, y muchos continuaron hasta el final con el voltaje más alto de choque.

Lo siguiente es narrado por el propio Stanley Milgram:

“Los resultados, tal como los observé en el laboratorio, son inquietantes. Plantean la posibilidad de que no se pueda contar con la naturaleza humana para aislar a los hombres de la brutalidad y el trato inhumano bajo la dirección de autoridades malévolas. ***Una proporción sustancial de personas hace lo que se les dice que hagan, independientemente del contenido del acto y sin limitaciones de conciencia, siempre que perciban que la orden proviene de una autoridad legítima***.

- Experimento de la prisión de Stanford

Se llevó a cabo en 1971. A los estudiantes voluntarios se les dijo que adoptarían los roles de guardia de la prisión y prisionero, participando en un experimento para estudiar los efectos psicológicos de la vida en prisión.

Los experimentadores establecieron una prisión simulada y observaron cuidadosamente los efectos de la misma en el comportamiento de todos los que estaban dentro de sus muros. ***Sorprendentemente y muy rápidamente, los que desempeñaban el papel de guardias de la prisión cayeron en el sadismo, y los que desempeñaban el papel de prisioneros cayeron en la depresión***.

Se trataba de extraños voluntarios que no tenían ninguna afiliación o conexión previa entre ellos. El experimento se detuvo después de 6 días por razones éticas y preocupación por la salud mental, emocional y física de los participantes:

“Con los ojos vendados y en un estado de leve conmoción por su arresto sorpresa por parte de la policía de la ciudad, nuestros prisioneros fueron metidos en un automóvil y conducidos a la ‘Cárcel del Condado de Stanford’ para su procesamiento adicional. Luego, los prisioneros fueron llevados a nuestra cárcel uno por uno y recibidos por el director, quien les transmitió la gravedad de su delito y su nueva condición de prisioneros”.

“Todos los presos fueron registrados y desnudos sistemáticamente. Luego lo despiojaron con un aerosol… Los guardias no recibieron ningún entrenamiento específico sobre cómo ser guardias. En cambio, eran libres, dentro de ciertos límites, para hacer lo que pensaran que era necesario para mantener la ley y el orden en la prisión y para ganarse el respeto de los prisioneros. En la quinta noche, algunos padres visitantes me pidieron que contactara a un abogado para obtener su hijo fuera de la cárcel”.

“¡Dijeron que un sacerdote católico les había llamado para decirles que deberían buscar un abogado o un defensor público si querían rescatar a su hijo! Llamé al abogado según lo solicitado, y él vino al día siguiente para entrevistar a los

prisioneros con un conjunto estándar de preguntas legales, aunque él también sabía que era solo un experimento”.

“En este punto quedó claro que teníamos que finalizar el estudio. Habíamos creado una situación abrumadoramente poderosa, una situación en la que los prisioneros se retiraban y se comportaban de manera patológica, y en la que algunos de los guardias se comportaban de manera sádica. Incluso los “buenos” guardias se sintieron impotentes para intervenir. Terminé el estudio prematuramente por dos razones”.

“Primero, nos enteramos a través de cintas de video que los guardias estaban intensificando el abuso de los prisioneros en medio de la noche cuando pensaban que ningún investigador estaba mirando y que el experimento estaba “apagado”. Su aburrimiento los había llevado a abusos cada vez más pornográficos y degradantes de los prisioneros”.

“En segundo lugar, Christina Maslach, una reciente doctora en Stanford traída para llevar a cabo entrevistas con los guardias y los prisioneros, se opuso fuertemente cuando vio a nuestros prisioneros ser llevados al baño, con las bolsas en la cabeza, las piernas encadenadas, las manos en los hombros. Llena de indignación, dijo: “¡Es terrible lo que les estás haciendo a estos chicos!” De 50 o más forasteros que habían visto nuestra prisión, ella fue la única que cuestionó su moralidad”.

Los dos siguientes son síndromes, no experimentos, pero explican con más detalle el comportamiento humano:

- Síndrome de Estocolmo

El término síndrome de Estocolmo fue utilizado por primera vez por los medios de comunicación en 1973 cuando 4 rehenes fueron tomados durante un robo a un banco en Estocolmo, Suecia.

Los rehenes defendieron a sus captores después de ser liberados y no aceptaron testificar contra ellos en el tribunal. ***Habían desarrollado una conexión y una afinidad por sus captores***.

El síndrome de Estocolmo se define así como una condición en la que los rehenes desarrollan un vínculo psicológico con sus captores durante el cautiverio.

El libro “Síndrome de Estocolmo: de CS Sundaram, que enumera 4 componentes clave que caracterizan el síndrome de Estocolmo:

1. El desarrollo de sentimientos positivos de un rehén hacia el captor
2. Sin relación previa entre rehén y captor
3. Negativa de los rehenes a cooperar con las fuerzas policiales y otras autoridades gubernamentales

4. La creencia de un rehén en la humanidad del captor, dejando de percibirlos como una amenaza, cuando la víctima tiene los mismos valores que el agresor.

<u>Incluso antes del advenimiento de la supuesta pandemia, el mundo sufría el Síndrome de Estocolmo social, es decir, un trastorno social en el que los ciudadanos aprecian y defienden a sus líderes políticos que los explotan activamente</u>.

- Síndrome de Munchausen por Poder

El Síndrome de Munchausen se describió por primera vez en 1951, en relación con un grupo de pacientes que inventaron historias sobre sus supuestas enfermedades y convencieron a los médicos para que les realizaran procedimientos quirúrgicos innecesarios. La teoría es que ***<u>estas personas estaban haciendo esto inconscientemente porque ansiaban atención o cuidado</u>***.

El síndrome de Munchausen por Poder es una variación, pero contiene una diferencia clave. Es una forma específica de abuso infantil descrita por primera vez en 1977 que describe situaciones en las que **los padres o cuidadores**, **inventan historias de enfermedades sobre sus hijos e intentan fundamentar las historias fabricando síntomas y signos físicos**.

Por lo general, las familias o los cuidadores llevan al niño al hospital con síntomas que no se pueden explicar fácilmente mediante métodos fisiológicos, y estos síntomas ocurren solo cuando el niño está con los padres.

Ahora que conocemos estos 5 experimentos y síndromes:

<u>Piense en todo el conformismo que hemos visto: la gente en muchos lugares todavía sigue usando obedientemente sus mascarillas, recibiendo el suero experimental y castigando a aquellos que no siguen todas las reglas ridículas, ilegales e ilógicas relacionadas con la Covid</u>.

<u>Piense en todos aquellos que fueron influenciados para recibir la inyección para cumplir con las expectativas de su cónyuge, pareja, familia o amigos.</u>

<u>Piense en toda la obediencia ciega y la falta de pensamiento crítico que hemos visto, cuando los engaños de "bata blanca", instruyeron a las masas a "seguir la ciencia" y que si no le creiía, iría en contra de la ciencia misma.</u>

<u>Piense en toda la "intensidad" de mano dura que nos han mostrado los policías.</u>

<u>Piense en cómo esos policías disfrutaron la oportunidad de convertirse en guardias de la prisión mientras el resto de la ciudadanía era relegada a la condición de prisionero.</u>

<u>Piense en todo el apoyo y elogios que los líderes, ya sean políticos o científicos, han recibido durante los últimos 20 meses, mientras que se han involucrado activamente en la violación de los derechos humanos fundamentales e inherentes, como el derecho al trabajo, al comercio, a viajar y respirar aire de manera irrestricta, sin olvidar los derechos a la libertad médica y la autonomía corporal.</u>

<u>Finalmente, piense en la naturaleza del estado, que ha alentado una supuesta pandemia y una emergencia para convertir a la ciudadanía en pacientes que deben ser "cuidados", incluso cuando la mayoría nunca quiso esa atención y aún cuando ese "cuidado" es en realidad un daño grave</u>.

El profesor de Psiquiatría Clínica, Matthias Desmet, que ha estudiado la psicología del totalitarismo:

En las dictaduras, la obediencia proviene de un miedo básico al dictador. Pero ***<u>con el totalitarismo, la gente está hipnotizada en obediencia</u>***. En términos psicológicos, **esta hipnosis masiva se conoce como formación de masas**.

Freud explica la formación de las masas como una salida del sujeto para vivir sus deseos, reemplazando su ideal de yo por el objeto elegido, expresando hostilidad hacia los que no forman parte de la masa.

¿Qué es una masa? ¿Cómo adquiere tal influencia decisiva sobre la vida anímica individual? ¿Y en qué consistiría esa "modificación psíquica" que de alguna manera impone al individuo?

Como se sabe, Le Bon observa al respecto: "El más singular de los fenómenos presentados por una masa psicológica, es el siguiente: cualesquiera que sean los individuos que la componen y por diversos o semejantes que puedan ser su género de vida, sus ocupaciones, su carácter o su inteligencia, el simple hecho de hallarse transformados en una multitud le dota de una especie de alma colectiva. Este alma les hace sentir, pensar y obrar de una manera por completo distinta de como sentiría, pensaría y obraría cada uno de ellos aisladamente… La masa psicológica es un ser provisional compuesto de elementos heterogéneos, soldados por un instante, exactamente como las células de un cuerpo vivo forman por su reunión un nuevo ser, que nuestra caracteres muy diferentes de los que cada una de tales células posee".

Le Bon afirma que los individuos en la masa muestran nuevas cualidades, de las cuales carecían antes. Para Freud, en todo caso, esto ocurriría porque formar parte de una multitud le permite al individuo suprimir las represiones de sus tendencias inconscientes. "Los caracteres aparentemente nuevos que entonces manifiesta son precisamente exteriorizaciones de lo inconsciente individual,

sistema en el que se halla contenido en germen todo lo malo existente en el alma humana".

Para Freud, la desaparición de la conciencia moral o del sentimiento de la responsabilidad se comprende fácilmente por cuanto el núcleo de esos fenómenos era lo que él llamaba "angustia social".

En cuanto al supuesto "contagio mental", fácilmente comprobable pero difícilmente explicable, debe ser relacionado con los fenómenos de orden hipnótico. En la multitud, todo sentimiento y todo acto son contagiosos, hasta el punto de que el individuo "sacrifica" su interés personal al interés colectivo, actitud ciertamente contraria a su naturaleza.

Lo mismo ocurre con la "sugestibilidad" de la que habla Le Bon. Este no se limita a comparar el estado del individuo en una multitud con el estado hipnótico, sino que propone prácticamente una identidad entre ambos.

Sin embargo, dice Freud, habría que diferenciar, al menos, la índole del contagio y de la sugestibilidad; y, lo que es más importante, establecer cuál es la fuente de la sugestión. ¿Quién sería el "hipnotizador" de las masas…?

Le Bon insiste en la disminución de la actividad intelectual que el individuo experimenta por el solo hecho de su "disolución" en la masa. Freud está de acuerdo con él en las coincidencias que hay entre el "alma" de la multitud y la vida anímica de los primitivos y de los niños. La multitud es impulsiva, cambiante e irritable, y se deja guiar casi exclusivamente por lo inconsciente.

La masa posee un sentimiento de omnipotencia y, al mismo tiempo es influenciable y crédula. Sus sentimientos son simples y llegan rápidamente a los extremos.

En las masas, acota Freud, las ideas más opuestas pueden coexistir sin molestarse mutuamente y sin que surja un conflicto por su contradicción lógica. Y el psicoanálisis ha demostrado que este mismo fenómeno se da en la vida anímica individual, en el niño y en el neurótico.

En cuanto un cierto número de seres vivos se reúne (rebaño o multitud), se pone instintivamente bajo la autoridad de un jefe. La masa es incapaz de vivir sin amo. Pero, si la multitud necesita un jefe, es necesario que este posea determinadas aptitudes personales.

Parece que aquí hemos hallado al hipnotizador que faltaba: el líder de masas.

Le Bon atribuye al líder un poder misterioso e irresistible, al que da el nombre de "prestigio" (podría ser también "carisma"): una especie de fascinación que un individuo, una obra o una idea ejercen sobre el espíritu.

Pero Freud acota que este concepto no facilita en lo más mínimo la comprensión de la misteriosa influencia que ejercería el líder sobre las masas.

En general, aunque parece reconocerle méritos a Le Bon, Freud termina por relativizar casi todo lo que este ha dicho. Ninguna de sus afirmaciones es original, y muchas de ellas son contradictorias o relativas (las colectividades también son capaces de un gran desinterés y un alto espíritu de sacrificio). No siempre la masa se comporta de manera deleznable y, en todo caso, subiste el problema de cómo se ejerce realmente la influencia sobre ella, en qué condiciones y hasta qué punto.

Otros autores, recuerda Freud, resaltan el hecho de que es la sociedad la que impone normas morales al individuo, y que el entusiasmo colectivo muchas veces lleva a los actos más nobles y generosos; incluyendo, por ejemplo, las manifestaciones artísticas populares.

Probablemente se han confundido, con la denominación genérica de "multitudes", formaciones muy diversas. Una cosa es la masa de existencia pasajera, constituida rápidamente por la asociación de individuos movidos por un interés común, pero muy diferentes entre sí; y otra son las masas estables o asociaciones permanentes, en las que los hombres pasan toda su vida y se encarnan en las instituciones sociales.

El fenómeno más singular y, al mismo tiempo, más importante de la formación de la masa consiste en ***la intensificación de la emotividad de sus integrantes***. Hay incluso una suerte de inducción directa de emociones (contagio) entre ellos.

A veces, dice Freud, es cierto que ***el grado emocional que alcanza la masa la hace peligrosa para aquellos individuos que no pertenezcan del todo a ella***. ***Suele ser necesario, entonces, "aullar con los lobos" (ir con la manada), y obedecer a esta nueva autoridad, interna o externa a la masa que se ha formado***.

¿Cuál sería, según Freud, la explicación psicológica de la modificación psíquica que la influencia de la masa impone al individuo?

La palabra mágica "sugestión", en el fondo, no explica mucho. Gabriel Tarde habló de "imitación", pero esta parece estar integrada en aquella, como una consecuencia.

El totalitarismo ***siempre comienza con una formación masiva dentro de la población***. Una formación de masas, requiere 4 condiciones para que se arraigue:

1) ***Las masas deben sentirse solas y aisladas***

2) ***Deben sentir sus vidas como inútiles y sin sentido***

Estas condiciones han estado creciendo durante años con las redes sociales, es decir: narcisismo, sociopatía, adicción y enfermedad mental.

3) ***Las masas entonces deben experimentar ansiedad constante que flota libremente***

4) ***Deben experimentar frustración y agresión que flotan libremente***

Esto simplemente significa que ***no hay una fuente discernible para la ansiedad o la agresión***. Y así, ***la persona comienza a anhelar irracionalmente un remedio, sin importar cuán absurdo o destructivo pueda ser***.

Y estas condiciones se cumplieron en 2020, con los confinamientos por Covid y los disturbios de BLM.

Ahora están maduros para la hipnosis.

Y una vez que aceptan ***los sueros experimentales, sienten solidaridad, lo que valida todo para ellos, sin importar cuán insensato sea. En ese punto, ya están cambiados, ya no son racionales. Se vuelven intolerantes y crueles***.

Los estudios han demostrado que **alrededor del 25% de la población no puede ser hipnotizada**. **Y alrededor del 10% son altamente susceptibles a la hipnosis**. El profesor Desmet simplifica esto aún más. Dice que **el 30% de las personas ahora están profundamente hipnotizadas y han aceptado irracionalmente las inyecciones experimentales como su solución**. **El 40% aún no está hipnotizado, pero finalmente estará de acuerdo con la manada**.

Y el resto de nosotros estamos viendo las cosas con claridad.

Lo que el enemigo está tratando de hacer es extremadamente peligroso, porque si las masas alguna vez despiertan de su hechizo, exigirán justicia y, por lo tanto, ***el*** estrés debe mantenerse constantemente ***sobre las masas hasta que se complete la "formación de masas"***.

Somos la voz de la disidencia. Y si bien es posible que no tengamos mucha influencia sobre el hipnotizado 30%, ***definitivamente debemos tener influencia sobre el 40% que estará de acuerdo con la manada***. Necesitamos convertirnos en la manada.

Ya sea que pienses que todo esto sucedió por accidente o conspiración; ya sea que sus razones se basen en la religión o la salud personal, ***nuestra voz de disidencia debe convertirse en una, debe crecer y nunca debe terminar***.

Debemos sembrar las semillas de la duda a todos: en la gasolinera, en la tienda de comestibles, en el trabajo, con los vecinos.

Están tratando desesperadamente de provocar una guerra civil ***o una revolución violenta, porque pueden controlar eso***.

La violencia no sacará a la gente de la hipnosis, solo empujará a más personas a ella. **Decir la verdad se ha convertido en un** acto revolucionario. ***Decir la verdad a todos los que conozcas salvará a la humanidad***.

La situación que se está produciendo como consecuencia de las medidas tomadas ante la pandemia del Covid comienza a generar movilizaciones masivas en distintos países alrededor de todo el mundo. Y también la movilización de sectores del ámbito de la ciencia y sanitarios que consideran que se está generando una situación alarmante debido a cómo se han comportado los políticos, los medios de comunicación y parte de los científicos que han generado confusión en la población, odio entre ciudadanía y falsas creencias ante la aparición de las nuevas "vacunas".

El profesor Desmet, en una entrevista muy esclarecedora (que se puede ver aquí) con el Dr. Robert Malone, inventor de la inyección de ARNm; y el Dr. Peter McCullough, el médico más publicado en PubMed (publicaciones médicas sobre el tema Covid), explicó más detalladamente las afirmaciones anteriores:

Desmet sugiere que ***un fenómeno de formación de masas a gran escala ha surgido de cuatro condiciones psicológicas que existen actualmente que están cerrando el pensamiento humano***. Desmet postula que ***las personas no necesariamente actúan con una mala intención, sino más bien surge de un proceso psicológico para sobrevivir a las condiciones a la que están siendo expuestas, que es 95% subconsciente***.

Las cuatro condiciones que permiten que surja la formación de masas son:

1. ***Falta de vínculo social***

Según una encuesta nacional de la American Sociological Review, el 25% de las personas dijeron que no tienen ni un solo amigo cercano. 75 millones de adultos de 18 a 27 años que comprenden a los millennials y la Generación Z eran más solitarios que cualquier otro grupo demográfico de EE. UU. Es una paradoja psicológica de las redes sociales: las personas interactúan en línea con sus avatares, pero no son su verdadero yo. No crean la intimidad o la vulnerabilidad que proviene de la experiencia compartida, por lo que sufren una crisis de falta de comunidad.

2. ***Las personas experimentan la vida como sin sentido***

En el libro de David Graeber, Bullshit Jobs, cuando preguntó si la gente cree que su trabajo es significativo, el 50% respondió "en absoluto". Una encuesta de Gallup de 2012 realizada con personas en 142 países reveló que el 63% de los encuestados admitieron estar tan desconectados en el trabajo que fueron sonámbulos durante el día, dedicando tiempo pero no pasión a su trabajo.

3. ***Ansiedad flotante***

Ansiedad flotante es una sensación difusa y crónica de inquietud y aprensión que no se dirige hacia ninguna situación u objeto específico. Puede ser una característica de varios trastornos de ansiedad, en particular el trastorno de ansiedad generalizada. En psicoanálisis, sentimientos generales de angustia que han sido desconectados de las circunstancias originales que los causaron.

La ansiedad generalmente está relacionada con una imagen mental tangible, como ser perseguido por un león. Pero si las personas se sienten socialmente aisladas y que su vida no tiene sentido, su ansiedad no está relacionada con una representación mental. Esta ansiedad flotante está creando un profundo descontento psicológico. Solo en Bélgica, cada año se utilizan 300 millones de dosis de antidepresivos, antipsicóticos y somníferos en una población de 11 millones. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud dice que una de cada cinco personas, más de 300 millones, en realidad tiene trastornos de ansiedad. No solo tienen ansiedad, sino que también califican como trastornos.

4. ***Frustración flotante y agresión***

Las personas se sienten frustradas y agresivas sin saber realmente la causa de su enojo y enojo.

En las últimas décadas, los estudios han demostrado que los problemas psicológicos están aumentando geométricamente. En lugar de intentar revertir esta disfunción, poderosas fuerzas en el gobierno y la prensa corporativa continúan engañando y aprovechando a una población susceptible en expansión, que frente a la crisis se aferra a la autoridad.

Es la vulnerabilidad de las poblaciones insatisfechas lo que permite la formación de masas.

El psiquiatra Carl Jung destaca la formación de masas en su profético libro de 1957, "El yo no descubierto", sobre el estado de la humanidad y los peligros del materialismo moderno. Su perspectiva es fundamental, en relación con los hallazgos recientes de Desmet:

"Bajo la influencia de los supuestos científicos, no sólo la psique, sino también el hombre individual y, de hecho, todos los acontecimientos individuales sufren una nivelación y un proceso de desdibujamiento que distorsiona la imagen de la realidad en un promedio conceptual. No debemos subestimar el efecto psicológico de la imagen estadística del mundo: desplaza al individuo en favor de unidades anónimas que se acumulan en formaciones masivas".

Jung también vio los precursores de la disfunción en el contexto de una era moderna donde el "Estado" y el "racionalismo científico" juegan un papel fundamental en el apoyo a la formación de masas, diciendo:

"La ciencia nos proporciona, en lugar del individuo concreto, los nombres de las organizaciones y, en el punto más alto, la idea abstracta del Estado como principio de la realidad política. Aparte de las aglomeraciones de grandes masas

de personas, en las que el individuo desaparece de todos modos, uno de los principales factores responsables de la masificación psicológica es el racionalismo científico, que despoja al individuo de sus fundamentos y de su dignidad. Como unidad social ha perdido su individualidad y se ha convertido en un mero número abstracto en la oficina de estadísticas. Solo puede desempeñar el papel de una unidad intercambiable de importancia infinitesimal".

El concepto de formación masiva y su relevancia para la pandemia son innegables cuando se examina cuidadosamente nuestra crisis actual, particularmente cuando se analizan y comprenden las insuficiencias e inconsistencias de la prevención y el tratamiento.

Las "vacunas" se presentaron inicialmente como la única forma viable de detener una enfermedad mortal. Se reveló una admisión posterior de que no detuvieron la transmisión en el contexto de que continuaron siendo efectivos y seguros. Cualquier análisis serio de estas afirmaciones confirma que esto también es una invención.

Hay una indagación importante y viable sobre cómo se sigue aceptando una narrativa falsa y mortífera. ***Las políticas que respaldan los controles represivos y la "vacunación" continua*** no tienen ***más fundamento que los dictados sin sentido y el apoyo de un público reforzado con datos*** cuestionables***, empujado casi a la histeria***.

Las mismas fuerzas que son responsables ***de la falsa narrativa solo pueden tomar una posición defensiva cuando se arroja luz sobre su metodología***. La negación dogmática de la idea de que una formación de masas es responsable del cumplimiento ciego y la aceptación irracional de terapias peligrosas es sorprendente y reveladora.

A medida que pase el tiempo, ***el miedo inducido y el consentimiento forzado seguirán siendo*** expuestos ***como parte de un esquema que promueve intereses egoístas y, verificablemente***, nada que ver ***con la buena salud***.

Psicología de la formación de masas

Cuando se cumplen ***estas cuatro condiciones, si se*** distribuye ***una narrativa a través de los medios de comunicación de masas identificando un objeto de la ansiedad y proporcionando una estrategia para lidiar con ese objeto, la formación de masas puede*** prosperar. ***Toda la ansiedad y la ira que flotan libremente, que ahora se convierten en*** pánico***, se adhieren al objeto. La*** conexión repentina ***a través de una lucha heroica juntos contra el objeto crea una nueva solidaridad, un vínculo social que ha estado ausente, que a su vez,*** crea significado***. La gente entonces siente que puede controlar su descontento psicológico*** participando ***en la estrategia, incluso si es completamente absurdo***.

La participación en la estrategia no tiene nada que ver con los hechos; ***es*** preservar ***este nuevo vínculo social creado al luchar juntos para derrotar***

al objeto de su ansiedad colectiva. Al obedecer la estrategia, las personas pueden pasar de un estado muy negativo y aislado al polo opuesto: ***un estado de*** máxima conexión. ***Eso crea una especie de*** intoxicación mental ***que hace que las personas estén dispuestas a aceptar cualquier cosa, incluso si es completamente erróneo e ilógico, o si pueden perder todo lo que es importante para ellos personalmente.*** Repiten ***como loros la narrativa corporativa y adoptan el mismo lenguaje autoritario y vergonzoso que escuchan de sus líderes***.

Esto es la hipnosis. ***Con ella, la atención se*** centra ***en una pequeña parte de la realidad narrada por el hipnotizador***. Al igual que la hipnosis, ***las personas absortas en la formación de masas*** no son conscientes ***de lo que está sucediendo fuera del pequeño foco de atención que proporciona la narrativa de los medios corporativos***. Las corporaciones controlan los medios masivos y a los lideres de los diferentes partidos de los gobiernos más autoritarios.

EL Dr. Malone agrega que:

Lo que se observa con la hipnosis masiva es que una gran fracción de la población es completamente incapaz de procesar ***nuevos datos científicos y hechos que demuestren que han sido engañados*** sobre la efectividad y los impactos adversos del uso obligatorio de mascarillas, cierres e inyecciones genéticas que causan que las personas produzcan grandes cantidades de proteína Spike de coronavirus biológicamente activa que son dañinas a la salud.

Estos hipnotizados por este proceso son incapaces ***de reconocer las mentiras y tergiversaciones con las que son bombardeados a diario***, y atacan activamente a cualquiera que tenga la temeridad de compartir información con ellos que contradice la propaganda que han llegado a abrazar. Y para aquellos cuyas familias y redes sociales han sido destrozadas por este proceso, y que encuentran que parientes cercanos y amigos los han aislado porque cuestionan la "verdad" oficialmente respaldada y que en realidad están siguiendo la literatura científica, esto puede ser una fuente de angustia profunda, dolor y dolor psicológico.

Antecedentes

El virus apareció en un clima ya plagado ***de ansiedad flotante***. Los bloqueos gubernamentales llevaron a un mayor aislamiento, exasperando la crisis de la comunidad y aumentando la frustración. A medida que aumentaban los casos declarados vía un test PCR que ya esta considerado obsoleto por la cantidad de falsos positivos, a las personas no se les permitía estar con sus seres queridos moribundos en sus últimos momentos. La prensa generando miedo y frustración a un nivel global masivo; ningún país se salvó. Este terror acumulado exasperó a quienes ya estaban lidiando con afecciones de salud mental preexistentes y desencadenó una crisis de salud mental en la población en general. En un estudio realizado por la Universidad de París , las tasas de suicidio de los niños aumentaron un 299% antes del segundo bloqueo en noviembre de 2020.

En este lío amorfo de estrés humano, Big Pharma, utilizando Big Tech y MSM, transmitió la narrativa 24/7: Covid es el nuevo Objeto de nuestra ansiedad. ¿La estrategia para derrotarlo? Renuncia a tus libertades civiles.

Según Human Rights Watch, al menos 83 gobiernos han utilizado la pandemia para justificar la violación de los derechos de libertad de expresión y reunión pacífica. El oftalmólogo chino Dr. Li Wenliang, quien advirtió por primera vez sobre el virus, fue criminalizado por "difundir rumores falsos" y solo fue absuelto después de su muerte. Cuando EE. UU. enfrentaba una escasez de equipos de protección personal, (Personal protective equipment EPP), el médico de la sala de emergencias Ming Lin fue despedido por suplicar en las redes sociales por una mejor protección para sus pacientes. En todo el mundo, periodistas, trabajadores de la salud, grupos políticos de oposición y críticos de las respuestas del gobierno han sido atacados, detenidos, procesados y, en algunos casos hay sospecha de asesinato.

En un artículo publicado por NBC News el 14 de octubre de 2021, los datos de la Academia Estadounidense de Pediatría mostraron que solo una pequeña cantidad de niños que contraen Covid se enferman gravemente o mueren. Sin embargo, el 30 de octubre, el Dr. John Torres, corresponsal médico de NBC, afirmó que 146 000 niños habían muerto a causa de la Covid. Teniendo en cuenta el patrocinio corporativo de la prensa por parte de Pfizer y la falta de datos creíbles por parte de Torres, su informe debería marcarse legítimamente como "desinformación". ¿Quién va a poder difundir esto sin ser censurado?

La razón por la cual las personas dentro de esta formación masiva (hipnosis masiva) necesitan participar en los encierros, usar una mascarillas, distanciamiento social o vacunarse; es porque si no lo hacen, no estás mostrando solidaridad ***con el nuevo grupo que se ha formado***. Casi como si todas las medidas para derrotar al objeto de la ansiedad fueran en realidad solo para demostrar a todos los demás que eres parte del nuevo culto como grupo social. El cual no tiene una capacidad real para derrotar la pandemia, no está respaldado por la ciencia y solo está diseñado para identificar quién es parte de su nuevo culto como grupo social y nada más.

Estas personas que participan en esta formación de masas han comenzado a crear ***sus propios rituales pseudo-religiosos***. Culto con una fe ciega en los medios corporativos y laboratorios con prontuarios con crímenes tenebrosos. Estos rituales en estas circunstancias se manifiestan en forma de cierres forzados, uso de mascarillas, distanciamiento social y todo un abanico de otras medidas que han sido probadas por la ciencia y no logran nada.

Debido a que estas personas están hipnotizadas ***por el culto "pseudo-religioso" en el que ahora se están involucrando, no se puede*** aceptar ***ninguna ciencia nueva que entre en conflicto con sus creencias de culto actuales. Están*** cerrados ***a nueva información, sin importar cuán definitivos sean***.

Cuando las personas involucradas en este nuevo culto social reciben ***información contradictoria de personas que no están hipnotizadas por el culto, los miembros del culto pueden utilizar el estado para*** oprimir ***a los disidentes que no están de acuerdo con esta nueva creencia***. Ahí es cuando se ve a personas poderosas que usan el poder del estado para encerrar a personas inocentes o el uso de la policía para agredir a personas inocentes en la calle.

En este vídeo se explora la más peligrosa de todas las epidemias psíquicas, la psicosis de masas. ***Una psicosis de masas es una epidemia de locura y se produce cuando una gran parte de una sociedad pierde el contacto con la realidad y desciende hacia el delirio***. Dos ejemplos de psicosis de masas son la caza de brujas americana y europea de los siglos XVI y XVII y el auge del totalitarismo en el siglo XX. Este vídeo pretende responder a las preguntas que rodean a la psicosis de masas: ¿Qué es? ¿Cómo se inicia? ¿Ha ocurrido antes? ¿Estamos experimentando una en este momento? Y si es así, ¿cómo se pueden revertir la psicosis de masas?

En una entrevista tremendamente esclarecedora con La Prensa, la autora del libro "Escapa del mal trato", la psicóloga Lourdes Relloso, detalla de qué manera se ha logrado manipular a la humanidad y cuáles son los daños de los que habrá que recuperarse (cito textualmente sus palabras):

"***Lo increíble del ser humano es que cuando está colapsado por una emoción, responde de modo instintivo***. Esto tiene una explicación: el cerebro está dividido en una parte cognitiva, que es la más reciente, y otra parte más primitiva, el paleoencéfalo y mesencéfalo. ***Cuando las personas se sienten en un estado de alerta, de alarma, de miedo, de alguna forma colapsan y únicamente responden desde esa parte muy instintiva***. Siempre pongo el mismo ejemplo: es como un fóbico que comprende perfectamente que su fobia no tiene ningún sentido, imaginemos una persona que tiene aracnofobia y, sin embargo, cuando se presenta el estímulo, su respuesta no tiene nada que ver con su lado cognitivo, sino que es absolutamente emocional. Esto es muy importante de entender para que ***no consideremos que somos ignorantes o menos inteligentes por ser fácilmente manipulables***. ***Todas las personas tenemos esa respuesta instintiva, independientemente de nuestra inteligencia***.

Dicho esto, ***si nos tenemos que plantear cómo se crea una psicosis colectiva, podríamos decir que hay que seguir cuatro pasos de una forma continuada en el tiempo***: ***en primer lugar, hay que aislar a las personas y el hecho de que un sujeto tenga únicamente una sola fuente de información, es el aislamiento perfecto***. Es decir que el aislamiento no solo tiene que ver con el aislamiento social sino también con un aislamiento de información (que es lo que se puede dar en una secta, cuando a mí se me repite un mismo discurso una y otra vez). ***Esto es suficiente para que una persona no tenga una capacidad crítica***. ***Si, además, ese discurso le genera permanentemente miedo, tensión, angustia, esa persona está en ese estado en que la parte cognitiva está bloqueada***. Por lo tanto, ***si el primer***

punto es el aislamiento, el segundo punto es ese estado de miedo permanente que hace que la persona esté únicamente en ese rapto emocional y la parte cognitiva, la parte crítica, no pueda funcionar.

Una tercera parte importante es que la persona no tenga la posibilidad de mantener una situación equilibrante. Es decir, todo aquello que tiene que ver con lo social, con el vínculo, con lo cotidiano, lo conocido, lo predecible… yo espero saber qué voy a hacer mañana, sin embargo, el mañana es siempre impredecible. ***Esa impredecibilidad hace que la persona no tenga posibilidad de equilibrio***. ***Esa comunicación esquizofrénica que hemos tenido todos, en la que de pronto nos dicen una cosa, luego nos dicen otra y es todo lo contrario, incluso en un mismo mensaje se nos dan dos informaciones contrarias, hace que la persona no sepa a qué atenerse y que esté en una permanente situación de desequilibrio***.

La cuarta parte para una psicosis colectiva es que una figura de autoridad me ofrezca la solución a mi miedo, a mi problema, a mi angustia, a mi ignorancia. Entonces, de alguna manera, todos nos ofrecemos a ella, sin meditar, sin cuestionar.

Ya no estamos en esa psicosis colectiva. ***Estamos en lo que es un TOC, un trastorno obsesivo compulsivo***. ¿En qué consiste? En que cuando yo considero que algo terrible me puede pasar, y me aferro a una solución externa, momentáneamente me quedo más tranquilo. Pero cuando busco mi confianza y mi seguridad en esa situación externa, bien puede ser un barbijo, un alcohol en gel, una PCR, una inoculación, mi capacidad para confiar en mí, en mi salud, se va deteriorando cada vez más. De forma que ***llega un momento en que ya no tengo ninguna confianza en mi salud, tengo un miedo permanente y una necesidad de que una prueba externa me saque de mi angustia***. Ocurre que ***cualquier persona que para mí sea una amenaza y que no se ajuste a estos rituales preventivos, va a ser mi enemigo potencial, la posible muerte, el posible contagio***. Así es que ***ponemos en práctica diferentes rituales preventivos: la distancia del otro, el rechazo hacia el otro, la PCR para que me diga cómo estoy, el barbijo para protegerme***… es decir, cuando todo esto pase y nos digan 'señores, pueden ustedes confiar en su salud', el problema es que ya no vamos a poder confiar en nuestra salud porque cuanto más he recurrido yo a una solución externa, mi confianza se ha deteriorado más. ***Cuanto más he evitado un miedo, el miedo va aumentando y mi capacidad para soportar el miedo va a disminuir***. ***Con todos estos protocolos, estos rituales preventivos, con cada evitación ante ese miedo que se nos ha generado, hemos ido aumentando nuestro miedo y perdido capacidad para confiar en nuestra salud***. Es decir que ***somos clientes potenciales de las farmacéuticas porque somos nosofóbicos potenciales, hipocondríacos potenciales***. Solo unos pocos han tenido la capacidad de no caer en la tentación de recurrir a una prueba externa, pocos pueden decir que han pasado por todo esto sin hacerse una PCR o sin decirle a un no "vacunado" que no vaya a su casa en Navidad. Hay rituales preventivos que en realidad nos han ido erosionando. ***Esto genera una lesión psicológica total***. Porque ***cuando digan que tomemos esto como una gripe, lo podrán tomar como***

una gripe los que no tengan su confianza lesionada. Los que hayan erosionado su confianza y que mentalmente hayan ido enfermando, van a tener que trabajar esto como cualquier hipocondríaco o como cualquier nosofóbico lo ha tenido que hacer toda la vida.

Hay que entender que ***cualquier persona que tenga totalmente lesionada su confianza y su seguridad, si quiere volver a la normalidad, lo hará cuando tenga la capacidad de tocar ese miedo (no va a poder no tener miedo) sin caer en la tentación de buscar rituales preventivos o reparatorios***. Cada vez que yo, ante el miedo a contagiarme y a morir, recurro a bastones, la fuerza de mis piernas se va a debilitar. Uno tiene que entender que ***con cada tentación de hacérselo más fácil, es pan para hoy y hambre para mañana***. ¿Qué tendríamos que hacer? Soportar ese miedo, soportar esa duda de ¿y si me contagio?, ¿y si me enfermo? Si caigo en la tentación de ir a los rituales, ir a la compulsión, la compulsión se irá haciendo cada vez más grande.

En los niños el daño es muchísimo mayor. ***Los niños muy pequeños, con dos meses de edad, se sociabilizan a través de la sonrisa***. Si un niño sonríe, nosotros le sonreímos y así va aprendiendo a tener habilidades sociales, a tener asertividad, a conectarse con el otro. ***Cuando el niño no tiene una respuesta ante su sonrisa porque el adulto tiene un barbijo, lo que va ocurriendo es que no se está reforzando su habilidad social, su asertividad, no se refuerza su capacidad de comunicación. Por lo tanto, con los más pequeños es como si hubiéramos ido creando un autismo***.

El problema que tenemos es que en las fases del desarrollo, ***cuando no tienen el estímulo necesario, pueden sufrir una atrofia. Y esa atrofia puede ser difícil de compensar con el tiempo***. Es como si en el cerebro hubiera un daño que muchas veces puede ser irreparable. ¿Vamos a poder reparar esto que ha podido ocurrir en los niños en los primeros meses de edad? Pues no se sabe. Tendremos que ver si con el estímulo somos capaces de compensarlo.

Algo que se ha visto es que ***los niños han tenido un aprendizaje más tardío del lenguaje, porque cuando no te veo, cuando no te escucho, estamos ante exactamente el mismo problema***.

Pero lo grave es que la parte del cuerpo que más oxígeno necesita es el cerebro. Y un niño necesita mucho más oxígeno que un adulto porque está en desarrollo. Es decir, que ***el hecho de que un niño no tenga el suficiente oxígeno, que ese cerebro se esté adaptando a una cantidad menor de oxígeno, le puede generar un daño que se verá con el tiempo. Se ha demostrado que hay muerte de neuronas del hipocampo cuando la cantidad de oxígeno es más baja de la que debería***.

Además, ***cuando ese niño no tiene suficiente oxígeno, no se puede generar un neurotransmisor, el gaba, que es el que me ayuda a sosegarme en estados de alerta***. Lo que se está viendo es que hay muchísimos niños con edades muy precoces que empiezan con autolesiones, con ataques de ansiedad, con trastornos de sueño, al no generarse ese

neurotransmisor. Entonces, ***si no entendemos que ese neurotransmisor es vital para que un niño pueda descansar, pueda estar tranquilo, si no entendemos que ese barbijo lo está dañando, estamos con la mejor de las intenciones haciendo algo que probablemente no tenga vuelta atrás. Estamos creando niños con trastornos mentales pero que no los hubieran tenido si no les sometemos a estas condiciones***.

Por otra parte, los niños de Suecia en el momento de mayor riesgo, estaban escolarizados, sin mascarillas, y todo fue normal. Es una paradoja absoluta. ***Estamos enfermando con los protocolos***.

Se han confirmado muchas cosas que ya se sabían. ***Se ha confirmado que en rapto emocional no pensamos***. ***Una vez que nos generan miedo, si se nos quiere llevar hacia un abismo, se nos va a llevar a un abismo***. Se ha confirmado que estamos tan acostumbrados a obedecer, que no nos cuestionamos lo que nos dicen que tenemos que hacer. Se ha confirmado que tenemos un gran miedo al qué dirán. Por lo tanto, ***una técnica de manipulación es la moral, la ética, el civismo, la responsabilidad social… son chantajes emocionales, palancas perfectas para llevarnos hacia donde se nos quiera llevar porque somos un animal gregario, luego nuestro miedo a quedar excluidos del grupo, a que el mundo piense mal de nosotros, es tan grande como el miedo a morir porque es una muerte social. Se ha confirmado que las palabras mordaza hacen que las personas no hablen***.

Estos términos descalificativos "negacionista", "antivacunas" hacen que el mundo tenga absoluto pánico a mostrarse y ser etiquetado. Si tengo una persona crítica y yo he utilizado una palabra mordaza que lo desacredita, esa persona va a callar. Se han demostrado muchas cosas que en psicología ya se sabían.

Creo que también saben que, ***si creemos que se ha hecho justicia, nos quedamos totalmente tranquilos como una persona maltratada cuando recibe flores y vuelve a confiar***. Entonces, la puede seguir maltratando. Creo que harán algo para que parezca que nos quieren, que nos protegen y que nos cuidan, para volver a parecer fiables, para que nos quedemos en ese sistema perverso. Ya saben que confiaremos. ***La gran mayoría de la población lo verá como que ocurrió algo, que ya ha habido un juicio, que ha habido una consecuencia y que podemos seguir confiando***.

Muchas veces uno dice ¿pero esta persona cómo no lo ve?, ¿cómo no ve esto que vemos todos y que es obvio que es evidente? ***Hay una situación que ocurre dentro de la persona, que se llama disonancia cognitiva***. ***Cuando he hecho algo voluntariamente a cambio de nada y de alguna forma tengo una sensación de que lo he elegido yo y nadie me ha presionado, no me puedo creer que yo sea estúpido, o que sea demasiado crédulo, que no sea crítico***.

Las personas, por un problema de ego, no podemos creer que nos hayamos equivocado, que hayamos confiado cuando no deberíamos. ***Hay una pelea dentro de nosotros entre la emoción y la cognición***. ¿Qué gana siempre? La emoción. Muchas veces utilizamos frases como "no me lo puedo creer", "es que no puede ser", "no puede ser que ser que esto sea verdad", es como una negación. Y efectivamente ***no me lo puedo creer porque emocionalmente hay un rechazo***. Es como el síndrome del avestruz: ***si yo no lo veo, no está. Si no me lo creo, me quedo tranquilo***.

¿Cuándo se va a dar cuenta la gente? Pues exactamente lo mismo que en una relación de maltrato: vas a salir de una relación de maltrato por saturación. Hay personas que se saturan en la primera paliza, otras en la décima, y otras las están maltratando toda la vida y aguantan.

Aquí ***una emoción que nos ayudaría es la rabia, el enfado. Si legitimáramos el enfado, nos ayudaría a romper las cadenas***. Hay personas que tienen una educación muy castrante donde de alguna forma la tolerancia, el aguante, se legitima como algo positivo mientras el enfado, la rabia, se les dice que es algo negativo. En esa mal llamada "gestión emocional" se nos está amaestrando para la negación de emociones que son instintivas y que nos protegen de una forma natural. ***La emoción de rabia, cuando estoy sobrellevando una injusticia por mi cabeza, si la legitimáramos, sería una emoción de defensa***. Si me dicen que no debo sentir rabia, que tengo que mantener la calma ante una injusticia, están haciendo una castración emocional. ¿Entonces cómo me vuelvo reactivo ante una injusticia? Difícilmente.

En los últimos años nos hemos estado acostumbrando a escuchar que "hay que gestionar las emociones", sin entender que ***una emoción, una respuesta de enfado ante una injusticia, se tiene que legitimar, porque si no nos quedamos completamente desprotegidos. Y así, cuando yo esté frente a una injusticia, voy a tener una reacción excesivamente pasiva. Y vamos a crear pusilánimes, personas que ante el miedo o la injusticia van a tener con exceso esta respuesta de no implicación. Esa es la educación que únicamente favorece a los injustos, a los que nos atropellan***.

Hay un poema de Bécquer que dice "Cuando la trémula mano tienda, próximo a expirar, buscando una mano amiga, ¿quién la estrechará?" Esta pregunta de quién estará, quién me llorará… lo que las personas tememos terriblemente es la angustia de la soledad en un momento de este tipo. Este es nuestro mayor temor. Hay personas que no tienen ningún miedo a morir, pero no les gustaría morir solos. No les gustaría morir sin sentirse arropados, acogidos por una mano amiga. ***Lo primero que hemos vivido es la muerte de los ancianos en las residencias, solos. Funerales de personas a los que no hemos podido llorar. Esto es lo más deleznable que han hecho. Nos han dicho: si te mueres, te vas a morir solo. No hay un miedo a la muerte, es algo muchísimo más perverso. Lo que han hecho aquí es mucho más sucio***. Quizás lo más traumático es el no poder despedirnos. El sentir que alguien se ha ido sin que haya sentido que otro estaba ahí. Esto, a quien lo ha vivido, le ha quedado como una huella, como algo totalmente traumático para el resto de su

vida. ***A partir de ahí, tenemos tanto miedo a poder contagiar a los que nos queden y que puedan morir solos, que cualquiera que tuviera sus padres mayores decía "no me toques, no te acerques, que tengo a mi padre…" Evidentemente, esta es la jugada***. ***Simplemente han jugado con nuestra humanidad***. De hecho, ahora hay muchas personas que tienen muchísimo miedo de que sus familiares tengan que ingresar en un hospital porque van solos. Muchos dicen que lo último que quieren es meterse en un hospital. Es como si ahora fuera el demonio. Probablemente porque aquí hay un intento de que muchos privilegios que teníamos desaparezcan y que muchos renunciemos a esos privilegios. Si tu renuncias, no te lo quito yo. Vamos a renunciar muchísimos a sanidad, porque la sanidad parece el gran enemigo. Vamos a renunciar a la escolaridad porque estamos viendo que en la escolaridad nuestros hijos están sometidos a unas situaciones casi casi de maltrato: "Si no te has inoculado, tú comes en el comedor aparte", "si no te has inoculado, te vas a tu casa 15 días pero el que se ha inoculado va siete"… Conozco muchas personas que están decidiendo ahora hacer homeschooling porque no quieren que sigan maltratando a sus hijos. Creo que ***se está buscando una renuncia de nuestros derechos, para que no digan que evidentemente ha habido una crisis mundial y que no podemos mantener los derechos que teníamos. Se está eligiendo que nosotros renunciemos***.

Poco a poco hay gente que va despertando. No podemos decir que quien no ha despertado ya, no despertará. Hay gente que está despertando ahora. Siempre he dicho que el coraje es contagioso. Y uno no puede despertar sin información. Se nos ha bloqueado mucho la información. Ha habido también mucha gente que ha tenido miedo a hablar y si tengo miedo a hablar, no puedo ayudar a nadie. Creo que despertará mucha gente. ¿Qué pasa? Que ***los siguientes miedos ya los tienen elegidos: el miedo al cambio climático, el miedo a este virus que es como un SIDA y a este otro virus que se manifiesta con trombosis… es decir todos los efectos probablemente secundarios de las 'vacunas'.*** El siguiente miedo ya está preparado, y el siguiente, y el siguiente. Creo que nuevamente sugestionarán a muchísimas personas y ocurrirá exactamente el mismo proceso que hemos vivido con este. Los que consigan despertar, no caerán en los siguientes. Los pobrecitos que no hayan despertado, y que estén ya atrapados en un TOC, van a ser personas que probablemente no aguanten la presión. De hecho, aquí el índice de suicidios ha aumentado en personas jóvenes de una forma terrible. Hay personas que no van a aguantar toda esa información de alerta mantenida en el tiempo. Creo que les sobrepasará a muchísimos. Los que hayan despertado verán todo esto como 'ala, otra vez'. Ojalá que despierten muchas personas porque creo que van a repetir las mismas maniobras".

Veamos algo particular que ha sucedido en Inglaterra y que también nos puede ayudar a comprender todo o parte de lo que sucede:

Ha quedado constatada la creación dentro del gobierno británico de unidades especializadas en guerra sicológica para orientar el comportamiento de la población durante la pandemia, evitar la oposición a las restricciones sanitarias y aceptar el confinamiento de forma pasiva.

Las unidades de cambio de comportamiento del gobierno británico las formaron especialistas en diversos campos académicos, fundamentalmente sicólogos, que pusieron en práctica la teoría del empujón ("nudge"), una doctrina en boga desde que la promocionara Cass Sunstein, cuya foto aparece en la portada. Dicha teoría ha pasado de ser una propuesta académica a una técnica de dominación política, es decir, forma parte de los órganos de gobierno y ha llegado para quedarse, más allá de la pandemia.

El "empujón" altera ***el comportamiento de las personas para hacerlo predecible***, es decir, ***para acomodarlo a las necesidades de la dominación política de masas***.

La teoría del empujón no es ningún secreto. Junto con Richard Thaler, Sunstein la expuso por primera vez en un libro de 2008 titulado "Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness". El año pasado publicaron una nueva edición con lo que aprendieron durante la pandemia.

Un pieza maestra de la política gubernamental de Sunstein es la vieja "***teoría de la conspiración***" que había elaborado la CIA en los sesenta, recuperada para las nuevas necesidades de los tiempos y, en especial, para la "lucha antiterrorista". De hecho el papel de Sunstein dentro del gobierno de Obama fue el de denostar las "teorías de la conspiración" y a los que las promueven: magufos, terraplanistas…

La teoría del empujón tiene, pues, un claro origen policial y represivo. En un artículo de 2008, Sunstein escribió: "***La existencia de teorías de la conspiración, tanto nacionales como extranjeras, no es, en nuestra opinión, un asunto trivial, ya que plantea riesgos reales para las políticas antiterroristas del gobierno de cualquier tipo***". Las propuestas prácticas de Sunstein no dejan lugar a dudas sobre la ***necesidad de eliminar cualquier alternativa a la ideología dominante, que es la que marcan los gobieros de turno, como por ejemplo, "ilegalizar cualquier teoría de la conspiración***".

Además del mensaje, las nuevas políticas represivas de Sunstein imponen el lenguaje. Como la pandemia ***ha vuelto a poner de manifiesto, el lenguaje tiene un carácter hipnótico***. ***Las nuevas expresiones embriagan y modelan una nueva percepción subjetiva de la realidad. Los que no emplean el nuevo vocabulario ni siquiera pueden intervenir en ningún debate social. Es como si estuvieran hablando de realidades distintas***. ***El interlocutor cree que se mueve por sí mismo, pero en realidad le están empujando***.

Por otro lado, en Francia son más de 2000 personas, científicos y sanitarios principalmente, que han decidido organizar una plataforma para plantar cara ante lo que consideran una especie de "nueva religión".

El escrito puede leerse aquí y en él comienzan señalando que la convocatoria de "vacunación" para los niños en Francia, por parte del Gobierno, que comenzó el

pasado 6 de diciembre, "fue escrita con anticipación". Indican que la EMA había autorizado el 25 de noviembre el uso de las "vacunas" experimentales en niños de 5 a 11 años, siguiendo a la FDA americana. En Francia la HAS (Haute Autorité de Santé) el 30 de noviembre recomendó 'vacunar' únicamente a los niños vulnerables, "a todos aquellos que presenten riesgo de desarrollar una forma grave de la enfermedad y de morir y aquellos que vivan en el entorno de personas inmunodeprimidas o vulnerables no protegidas por la 'vacunación'". Señalan además al informe del Institut Pasteur, ***donde se demuestra que los niños son mucho menos infecciosos que sus padres y profesores***.

Denuncian que "***lo principal es continuar la gran marcha hacia la 'vacunación' integral (y repetida al menos cada seis meses) de toda la humanidad***", y consideran que esta es la nueva religión que se está extendiendo por el mundo y ***que permite a los grandes maestros monetarios Pfizer y Moderna obtener 1000 dólares de beneficios por segundo***, gracias a los gobiernos occidentales y agencias internacionales "comenzando por una Comisión Europea dirigida por Ursula Von Der Leyen que orquesta la gran operación de vacunas mientras tiene un hijo que trabaja para Mckinsey y un marido que dirige una empresa de biotecnología centrada en terapias génicas".

En el escrito presentado se hace referencia a la propaganda masiva facilitada por los periodistas afines a estos gobiernos, ***partiendo de la base de la teoría de Edward Bernays sobre las técnicas de publicidad y propaganda que considera que "la masa es incapaz de juzgar correctamente los asuntos públicos y los individuos que la componen son incapaces de ejercer el papel de ciudadanos potenciales que una democracia requiere de cada uno de ellos. En definitiva, que lo público básicamente constituye para la gobernanza de la sociedad un obstáculo que hay que sortear y una amenaza a evitar***".

Apuntan a que ***la base fundamental de esta propaganda está siendo el miedo***, que permite situar a los sujetos en un estado de sugestión. "***Cada nueva variante permite relanzar la idea de las sucesivas oleadas que supuestamente nos abruman, y justifica nuevos pasos en el objetivo de la 'vacunación' general***, mientras desvía la atención de las causas reales de la mortalidad provocada por estos virus. Causas que son principalmente, por un lado la creciente proporción de personas con enfermedades ambientales crónicas (obesidad, diabetes, insuficiencia cardíaca o respiratoria) y por otro lado la tercermundización de la Sanidad pública".

El siguiente elemento para sostener la propaganda, explican, es el de las "batas blancas". Consiste en "***apelar a personas que tienen, en virtud de su título, rango o mandato, una autoridad social que pueda beneficiarse de una credibilidad ajena a sus palabras y provocar en su audiencia la adhesión a sus ideas, argumentos o acciones***". De esta manera es como podemos ver en los medios "la aparición de especialistas-profesionales capaces de intervenir sobre temas de los que en ocasiones no tienen suficiente conocimiento pero sobre los que logran expresarse en un lenguaje convincente. Su discurso es percibido por la mayoría de los no especialistas como una opinión digna de pericia porque

se ha tenido cuidado al presentarlos, por ejemplo con un rótulo en televisión, destacando sus títulos como médico, profesor, así como su área de especialización". "Por supuesto, ***para que esto funcione, se debe ocultar cuidadosamente el vínculo frecuente con las industrias farmacéuticas***".

En Francia, explican, se hace uso también de la "elección amañada": que ***consiste en ofrecer una opción a un público, como si fuera él quien decide y elige la mejor opción, sabiendo de antemano cuál será el resultado de esa consulta***. Así, el propagandista antepone a la audiencia la alternativa entre una opción inaceptable que necesariamente será rechazada y una opción que aparecerá como indeseada pero inevitable ante la magnitud de la amenaza. Tal y como explica Etienne Augé. ¿"Vacunados" o confinados? ¿"Vacunados" o con mascarilla? ¿"Vacunados" curados o muertos?

Y, por último, la rana en agua hirviendo: la fábula que nos cuenta que si intentas meter una rana en agua hirviendo, ésta saltará inmediatamente. Pero si la introduces en agua fría y vas subiendo poco a poco la temperatura, terminará por dormirse y morir sin darse cuenta. El escrito alerta de que "***los gobiernos utilizan y abusan de esta técnica de coerción al dedicar su tiempo a prometer que una obligación nunca se llevará a cabo, o que un grupo de la población no se verá afectado para no alarmar a la población. E irá haciendo las cosas poco a poco***". Recuerdan que en un inicio la "vacunación" se reservó inicialmente para los ancianos y profesionales sanitarios. Después se extendió gradualmente para los adultos, a los adolescentes y a los niños, primer a los vulnerables y posteriormente a todos.

La realidad, según detallan, "se burla de las manipulaciones". Y apuntan a cinco observaciones por las cuales sustentan esta afirmación.

La primera es que, según señalan, "***la llamada pandemia del siglo nunca ha amenazado a personas menores de 60 años***. ***Si hay una categoría de personas que estadísticamente no arriesgan nada son los niños***. Las estadísticas de mortalidad establecidas por el INSEE incluso muestran que las personas menores de 25 años experimentaron una mortalidad más baja en 2020 y en 2021 en comparación con 2019". "Respecto a los que tenían entre 25 y 49 prácticamente no tuvieron diferencia". Y según los datos que presentan acompañando al escrito, tampoco se observa ningún exceso de mortalidad entre los 50 y 64.

La segunda observación que hacen es que "no se justifica anunciar sistemáticamente lo peor". ***La realidad es, ante todo, que es engañoso presentar una "curva de casos positivos" (que depende de muchos factores, empezando por los test) como una curva de "numero de pacientes"***. La gran mayoría de las personas con este virus siempre ha tenido pocos o ningún síntoma. Consideran, en comparación con los datos de otras infecciones estacionales, que "***la especificidad de la epidemia de Covid probablemente no radique en su peligrosidad intrínseca, sino más bien en la respuesta terapéutica, o más bien en la ausencia de una respuesta terapéutica, a la que se opusieron los médicos por instrucciones del***

gobierno que primero favorecían las medidas no farmacéuticas (confinamientos, toques de queda) y después la "solución vacunal".

La tercera observación es que la "vacunación" se dirige hacia una cobertura del 100% de la población general sin que cambie la dinámica de las sucesivas epidemias provocadas por las variantes. Fue el caso de la variante Delta el verano pasado y es el nuevo caso de Ómicron. "La conclusión es fatal: ***el rescate por 'vacunación' general es un mito***. Como todas las religiones, se basa únicamente en la fe de los creyentes. La realidad, visible desde hace varios meses, es que la vacunación no detiene la propagación de la epidemia. Y por una buena razón: está bien establecido que la vacunación no previene la contaminación o transmisión del virus".

La cuarta observación que hacen es que, "***como todas las ideologías religiosas o seculares, la "vacunación" completa es una*** estructura psicorrígida ciega ***a cualquier efecto perverso y sorda a cualquier cuestionamiento***". Y señalan que en este caso "es tabú hablar de efectos adversos graves ligados a la vacunación de los jóvenes. Pero la realidad está ahí, y no se puede esconder indefinidamente bajo la alfombra". "***La relación beneficio/riesgo es claramente desfavorable para la vacunación de los jóvenes***. Por este motivo varios países escandinavos ya han renunciado a inyectar vacunas de ARNm a los jóvenes, a los que se ha sumado Japón". Recuerdan que ***el Comité Consultivo Nacional de Ética francés afirmó el 27 de abril de 2021 que la "vacunación" a menores de 12 años "no parece ética y científicamente aceptable***".

Finalmente, apuntan, la quinta y última observación es que "***esta ideología industrial y pseudocientífica de 'vacunación' integral funciona como las religiones en tiempos de crisis de tiempos pasados". "Tiene sumos sacerdotes y sus devotos, que acaparan más que nunca la palabra en las televisiones. Tiene su inquisición mediática que excomulga a los pensadores desviados y sueña con poder quemarlos como lo hacían con las brujas. Y produce masivamente chivos expiatorios (los no "vacunados") que son tratados como en el pasado los enfermos de peste o los leprosos, más recientemente las víctimas del sida*** que J.M. Le Pen quería encerrar en 'sanatorios'".

Denuncian los firmantes que "esta situación es tanto o más absurda en cuanto que todo el que está 'vacunado' es un futuro no 'vacunado' que se ignora, ya que todo se pondrá en tela de juicio para quienes no tomen su tercer dosis, después la cuarta, quinta, sexta… etc".

El pasaporte Covid, señalan "bien puede estar basado en una mentira descarada (repitamos que la 'vacunación' no bloquea la infección ni la transmisión), su lógica discriminatoria se ha desplegado dramáticamente durante varios meses. Y como si la pérdida de puestos de trabajo, la falta de acceso a restaurantes, lugares culturales, etc., no fuera suficiente, los gobiernos europeos compiten ahora en su imaginación contra la especie de nuevo enemigo

número uno que son “los no vacunados”. Como en Austria, ya no basta con excluir, ahora quieren multar, castigar y encerrar.

Concluyen señalando que “***esta morbosa lógica discriminatoria, que viola derechos humanos que se creían inalienables, enfrenta a los ciudadanos entre sí***. Y sin duda, algún día los historiadores lo describirán como una especie de locura colectiva orquestada por personas que han perdido todo sentido de los valores democráticos y los derechos humanos. No debemos resignarnos a ello y callarnos ante semejante desastre intelectual y moral”.

Si preguntamos a cualquiera que haya recibido las mal llamadas “vacunas” antiCovid, nos dirán que son totalmente pro ciencia, sin embargo, NO hay ciencia detrás de loas inyecciones que demuestren que detienen la transmisión o incluso los casos graves de Covid. Tampoco hay ciencia detrás de las cuarentenas, encierros, mascarillas o aislamiento, como ha admitido la directora de los CDC Rochelle Walensky. “Realmente tuvo mucho que ver con lo que pensamos que la gente podría tolerar”, dijo Walensky en una reciente entrevista de noticias falsas para HSH. En otras palabras, se trata de cuánto pueden manipular y controlar a la población. La incapacidad para protegernos de las famosas instituciones que supuestamente iban a salvarnos, ha quedado constatada; un ejemplo muy evidente son los CDC, aunque hay otros muchos ejemplos en otros muchos organismos de muchos otros países:

- Dijeron que Trump fue racista por prohibir los viajes a EE. UU. Desde China en el supuesto brote.
- No impidieron que los cruceros llegaran a la costa oeste de EE. UU. Desde China al inicio.
- Afirmaron que los bloqueos, las mascarillas y el distanciamiento social "aplanarían la curva".
- Aconsejaron muy mal, recomendaron que todos se hicieran pruebas de PCR que solo sirven para inflar enormemente las estadísticas de la “pandemia”.
- Afirmaron que las “vacunas” Covid eran "seguras y efectivas", pero causan muchos eventos adversos de diferente naturaleza (los veremos más adelante) como: coágulos de sangre, miocarditis, ataques cardíacos o trastornos neurológicos, al tiempo que no brindan protección contra Covid-19 y sus supuestas variantes (también lo veremos más adelante).
- Afirman que todos necesitarán inyecciones de refuerzo, pero los refuerzos ni siquiera han sido probados y no se sabe nada de su seguridad o eficacia.
- Se dirigen a los ancianos y a los "inmunodeprimidos" con las inyecciones, pero esas personas, justamente, son muy susceptibles a morir por ellas.
- Están presionando para obtener "pasaportes de vacunas" para viajes internacionales y nacionales de todo tipo, incluidos aviones, trenes, autobuses e incluso automóviles, incluso de un estado a otro, todo por una

supuesta enfermedad que provoca un 99% de su fatalidad entre las personas que ya mueren de cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, obesidad, etc.)

Veamos un artículo interesante del Dr. Joel Hirschorn que explica por qué muchos médicos han hecho lo que han hecho durante la supuesta pandemia:

Una pregunta clave que surge repetidamente entre las personas que están tan enojadas con el manejo de la pandemia por parte del gobierno es la siguiente: ¿Por qué hay tan pocos profesionales médicos que ven los muchos fallos en el manejo de la pandemia pero no hacen nada para desafiar al establecimiento médico y de salud pública? ¿Por qué se quedan en silencio? ¿Por qué siguen trabajando en instituciones que siguen incondicionalmente políticas y mandatos gubernamentales fallidos?

En un lado de su cerebro profesional de la salud está el reconocimiento de todas los fallos de los sistemas en los que trabajan. Porque son muy evidentes. Al igual que el público en general, ven un sinfín de casos de Covid, hospitalizaciones y muertes y el fracaso de las "vacunas". Ven niveles históricos de dolor y sufrimiento entre la población a la que antes se veían sirviendo y ayudando. Saben que se está ocultando mucho al público.

En el otro lado de su cerebro, ven que personalmente están fallando en su compromiso original de salvar vidas y mejorar a los pacientes mediante la práctica de la medicina personalizada. Saben que hay mucha investigación médica que no se está utilizando.

Ésta es la disonancia cognitiva clásica: un choque profundo y fundamental de la información del mundo real. Un conflicto mental interno que no se resuelve fácilmente.

¿Qué deben hacer los profesionales médicos y de salud pública normales?

La mayoría trata de vivir con su disonancia cognitiva. ***Están de acuerdo con el gobierno y el establecimiento médico/de salud pública, pero no porque lo apoyen incondicionalmente***.

Si pueden bloquear o alterar la información sobre los fallos de lo que hacen, de lo que está haciendo su profesión, de lo que están haciendo las agencias gubernamentales, entonces minimizan su disonancia cognitiva. Esto minimiza su dolor. Estos son los profesionales médicos que no se rebelan, que no rechazan las "vacunas" y que no dicen la verdad sobre lo que pasa en su hospital o consultorio. Que no le dicen a sus pacientes lo que está mal.

Por el contrario, son muchos menos profesionales médicos los que eligen eliminar su disonancia cognitiva rebelándose, convirtiéndose en narradores de la verdad, arriesgando sus trabajos y, a veces, perdiéndolos porque rechazan el pinchazo o dicen abiertamente la verdad sobre los fallos en el manejo de la pandemia. Estos son los que toman riesgos sirviendo al público.

Por el contrario, vivir con disonancia cognitiva hace que la vida de los profesionales médicos sea difícil y dolorosa. Han tenido que enfrentarse a una elección existencial difícil: ***reducir su dolor bloqueando muchos hechos y verdades sobre lo que realmente está sucediendo, o dejar entrar todo eso y cambiar su comportamiento***.

El cambio de comportamiento explica por qué un gran número de enfermeras y médicos han rechazado las "vacunas" y, a menudo, dejan sus amados trabajos para estar a la altura de sus creencias básicas. Ellos son los que se liberan de la dolorosa disonancia cognitiva.

Para aquellos de nosotros que no somos profesionales médicos atrapados en el medio entre lo que realmente está sucediendo y lo que se supone que debe hacerse, debemos entender por qué la gran mayoría de los profesionales médicos nos decepcionan y decepcionan.

Podemos y debemos condenar al establecimiento médico y de salud pública por tantos fracasos y daños al público y a la sociedad.

Pero debemos tener compasión por los profesionales médicos que sufren de disonancia cognitiva. Y ***necesitamos, más que nunca, abrazar y respetar a los pocos que escaparon de la disonancia cognitiva al ser sinceros y médicos que ofrecen a las personas tratamientos para la Covid (como la ivermectina) que no cuentan con el respaldo de las agencias gubernamentales. Y que no apoyan las "vacunas" Covid inseguras e ineficaces***.

"***Psicológicamente devastador***": experta en políticas de salud advierte a los padres sobre ***el impacto de la histeria Covid***. Es un vídeo de AnneMarie Schieber de The Heartland Institute, quien ha estado rastreando la política Covid y el escándalo y la corrupción de los mandatos de "vacunas" desde el principio.

Veamos alguna de las consecuencias de esa formación de masas:

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Aarhus en Dinamarca descubrió que ***las personas que están "vacunadas" contra la Covid-19 albergan actitudes intensas y unilaterales de prejuicio contra sus amigos, familiares y vecinos "no vacunados"***.

El estudio, escrito por Alexander Bor, Frederik Jørgensen y Michael Bang Petersen con una preimpresión publicada el 18 de febrero de 2022, examinó los datos recopilados de ciudadanos de todo el mundo con el objetivo de determinar si las personas "vacunadas" y no "vacunadas" tenían actitudes perjudiciales entre sí en medio de la respuesta global Covid-19 fuertemente polarizada.

Utilizando datos obtenidos de 10 740 encuestados en 21 países, los investigadores utilizaron "una medida estándar de reacciones de exclusión en las relaciones familiares" para cuantificar el grado de antipatía entre los "vacunados" y los no "vacunados".

Los autores del estudio, hicieron sus predicciones; propusieron que los "vacunados" podrían ver a los no "vacunados" como "incompetentes" o "no confiables" por "creer información falsa" sobre las inyecciones o por no "contribuir al bien colectivo de un mayor control de la epidemia".

Los investigadores supusieron que aquellos que no recibieron las "vacunas" vieron a los que sí las recibieron como incompetentes o poco confiables por depositar una fe equivocada en las autoridades de salud pública y "tener puntos de vista exagerados sobre los riesgos asociados con el Covid-19".

Sin embargo, a pesar de las predicciones sobre la antipatía mutua, los autores del estudio descubrieron que ***la hostilidad proyectada entre los grupos era exclusivamente unilateral.***

Según la investigación, "***las personas 'vacunadas' tienen una gran antipatía hacia las no 'vacunadas'", mientras que "la persona promedio no 'vacunada' no siente antipatía hacia las personas 'vacunadas'"***.

Se encontró que ***los prejuicios de los "vacunados" contra los no "vacunados" ocurren a una tasa "2.5 veces mayor que hacia un objetivo tradicional: los inmigrantes de Medio Oriente"***.

"Esta antipatía refleja, en parte, las inferencias estereotipadas de que las personas no 'vacunadas' no son dignas de confianza ni inteligentes, lo que hace que la antipatía parezca un prejuicio hacia otros grupos desviados", se lee en el resumen del estudio.

El estudio encontró que ***la evidente hostilidad contra los no "vacunados" no se debe simplemente al miedo a contraer el coronavirus***, para el cual los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. Informan una tasa de supervivencia de infección superior al 99.95% para los menores de 50 años. El prejuicio "***también*** activa ***estereotipos más fundamentales" similares a los que están en contra de los que abusan de sustancias y los enfermos mentales***.

Según los investigadores, ***los hallazgos*** deberían ***ser tomados en cuenta por los líderes que han utilizado un lenguaje "moralista" para*** enmarcar ***la "vacunación" como un deber moral y condenar a los no "vacunados"***.

Los investigadores de la Universidad de Aarhus argumentaron que si bien "la comunicación moralista sobre el tema de la 'vacunación' es una estrategia eficaz para aumentar la aceptación", los resultados de su análisis ***llaman la atención sobre el posible impacto negativo de dicha estrategia***".

El estudio señala que "***las personas no 'vacunadas' ya se sentían marginadas y fatigadas al principio de la pandemia***" y afirma que "la desconfianza en el sistema político fue una razón clave para rechazar las 'vacunas'".

Además, con los no "vacunados" sintiéndose "presionados" para recibir las inyecciones "contra su voluntad" por mandatos gubernamentales de arriba hacia abajo, vergüenza social y otras sanciones, "***esta presión*** aumenta ***la desconfianza en el manejo de la pandemia por parte de los gobiernos***".

Para los investigadores de Aarhus, los datos destacan ***los "costes" de la estrategia de "vacunación" contra la Covid-19 que ha enmarcado la "vacunación como una obligación moral***".

"Sea comprensible o no, la antipatía que enfrentan los no 'vacunados' puede exacerbar la marginación y la desconfianza", señala el documento.

Los investigadores han advertido que, dado que las personas "que cumplen con los consejos de las autoridades sanitarias condenan moralmente a quienes se niegan a 'vacunarse'", y quienes optan por tomar sus propias decisiones médicas "se sienten presionados contra su voluntad" para tomar un fármaco experimental no deseado, ***el "conflicto entre quienes están 'vacunados' contra Covid-19 y quienes no amenaza con*** convertirse ***en una nueva división sociopolítica***".

El estudio muestra un creciente prejuicio unilateral contra los no "vacunados" que se produce, aún cuando los ensayos de la "vacuna" contra el coronavirus ***nunca han*** demostrado ***que las inyecciones detengan la infección o la transmisión, mientras que, sin embargo, hay pruebas sólidas que sugieren que los "vacunados" tienen la misma o más probabilidad de portar y transmitir el virus que los no "vacunados"***.

"Creatividad" con el lenguaje

Hay todo un campo de investigación dedicado a desarrollar mensajes diseñados para persuadir a las personas "reticentes a las vacunas" para que se pongan la "vacuna" Covid-19.

Investigadores publicaron los resultados de un ensayo clínico que incluía dos experimentos de encuesta sobre cómo fabricar el consentimiento para las "vacunas" antiCovid.

El estudio patrocinado por Yale, "Mensajes persuasivos para aumentar la intención de ponerse la 'vacuna' Covid-19", examinó cómo diferentes mensajes persuasivos afectaban a: 1) la intención de recibir la "vacuna" Covid-19, 2) la voluntad de persuadir a amigos y familiares para que se "vacunen", 3) el miedo de los que no se han "vacunado" y 4) el juicio social de las personas que deciden no "vacunarse".

Según los autores del estudio:

"Dado el considerable escepticismo sobre la seguridad y la eficacia de la 'vacuna' Covid-19, es cada vez más importante entender cómo la comunicación en materia de salud pública puede desempeñar un papel en el aumento de la aceptación de la 'vacuna' Covid-19".

El documento no aborda las razones subyacentes por las que alguien podría tener dudas sobre la seguridad o la eficacia de las "vacunas" antiCovid, sino que se centra exclusivamente en cómo persuadirles para que se "vacunen".

Del documento:

"Llevamos a cabo dos experimentos preinscritos para estudiar cómo diferentes mensajes persuasivos afectan a la intención de recibir la 'vacuna' antiCovid-19, a la voluntad de persuadir a amigos y familiares para que la reciban y a los juicios negativos de las personas que deciden no 'vacunarse'.

En el primer experimento, probamos la eficacia de un gran número de mensajes frente a una condición de control sin tratamiento… En el experimento 2, volvimos a probar los mensajes más eficaces del Experimento 1 en una muestra nacionalmente representativa de adultos estadounidenses".

Los mensajes probados por los investigadores se han incorporado a las narrativas de los medios de comunicación y a las campañas de salud pública de todo el mundo. Pero la fecha de finalización del estudio para la parte 1 fue el 8 de julio de 2020, lo que significa que todos estos mensajes fueron creados antes de la publicación de cualquier ciencia que los respaldara.

El mensaje de control de la información de referencia dice:

"Para acabar con el brote de Covid-19, es importante que la gente se 'vacune' contra la Covid-19 siempre que haya una 'vacuna' disponible. 'Vacunarse' de Covid-19 significa que es mucho menos probable que se contraiga la Covid-19 o que se contagie a otras personas. Las 'vacunas' son seguras y se utilizan ampliamente para prevenir enfermedades y se estima que las vacunas salvan millones de vidas cada año".

Para establecer qué estrategias de mensajería provocaban una inclinación a "vacunarse", se añadieron 10 mensajes adicionales para contextualizar el mensaje de referencia.

Estos mensajes incorporaban temas de interés propio, interés de la comunidad, culpa, vergüenza, ira, valentía, confianza en la ciencia, libertad personal, libertad económica y beneficio económico de la comunidad.

"Descubrimos ***que los mensajes persuasivos que invocan preocupaciones prosociales sobre la 'vacunación' y la imagen social son eficaces para aumentar la aceptación prevista y también la voluntad de persuadir a otros y los juicios de los no 'vacunados'***", escribieron los investigadores.

Para estudiar el impacto de la culpa, la vergüenza y la ira, los investigadores pidieron a las personas que pensaran en cómo se sentirían si no se "vacunaran" y luego contagiaran el virus a otras personas.

"***Se cree que las emociones*** desempeñan ***un papel en la cooperación, ya sea motivando a un individuo a realizar una acción debido a un sentimiento que experimenta o refrenándolo de realizar una acción debido a la respuesta emocional que provocaría en otros***".

Los mensajes "no es valiente" y "confía en la ciencia" fueron diseñados para evocar la preocupación por la reputación y la imagen social. El mensaje "no es valiente" "replanteaba la idea de que no tener miedo al virus no es una acción valiente, sino egoísta, y que la forma de demostrar valentía es "vacunarse" porque demuestra fortaleza y preocupación por los demás".

El mensaje de "confía en la ciencia" sugería ***que "los que no se 'vacunan' no entienden la ciencia y señalan esta ignorancia a los demás***".

Los mensajes sobre la libertad personal, la libertad económica y el beneficio económico de la comunidad se basaron ***en las preocupaciones relacionadas con las restricciones Covid***.

En general, ***los mensajes que apelaban al interés comunitario, la reciprocidad y el sentimiento de vergüenza fueron los que resultaron más persuasivos, dando como resultado un aumento del 30% en la intención de "vacunarse", del 24% en la disposición a aconsejar a un amigo que se "vacunara" y del 38% en las opiniones negativas sobre las personas que rechazan las "vacunas" en relación con el mensaje placebo***.

Se determinó que ***los mensajes de interés para la comunidad que incorporan la vergüenza son los más eficaces para conseguir que la gente anime a otros a "vacunarse", mientras que los mensajes de "no ser valiente" fueron los más prometedores para crear juicios negativos de los que no se "vacunan"***.

Los resultados del estudio de Yale coinciden con otro trabajo, "Vacunación como contrato social", que demostró que ***la gente ve la "vacunación" como un contrato social y está menos dispuesta a cooperar con quienes se niegan a "vacunarse"***.

El estudio afirma:

"Los experimentos mostraron sistemáticamente que los individuos especialmente cumplidores (es decir, 'vacunados') mostraban menos generosidad hacia los no 'vacunados'... ***Se concluye que la 'vacunación' es un contrato social en el que la cooperación es la opción moralmente correcta***.

Los individuos actúan según el contrato social, y más cuanto más fuerte lo perciben como una obligación moral. Hacer hincapié en el contrato social podría ser una intervención prometedora para aumentar la aceptación de las 'vacunas', evitar el parasitismo y, finalmente, apoyar la eliminación de las enfermedades infecciosas".

En relación a lo expuesto anteriormente y ahondando sobre ello; como se ha demostrado y documentado ampliamente, bajo los auspicios de su respuesta a la supuesta pandemia de Covid-19, ***los gobiernos y los principales responsables de la formulación de políticas públicas*** han estado haciendo ***un*** uso agresivo ***de la PNL (Programación neurolingüística), la hipnosis y los "empujones conductuales" en todos sus mensajes públicos***. Utilizando los últimos conocimientos de los campos de la psicología social y las ciencias del comportamiento, los gobiernos y los responsables políticos de los dos últimos han llevado a cabo una serie de campañas de mensajes públicos diseñadas para ***cambiar drásticamente los pensamientos y comportamientos de los ciudadanos sin su conocimiento o consentimiento consciente***. ***Esto se*** hizo ***a través de la orientación de lo que los científicos del comportamiento y los ingenieros sociales llaman "motivaciones automáticas", es decir, la mente inconsciente***.

Desde "preparar" a la población para que sacrifique ***gradualmente la autonomía corporal, la sutil calibración de las "líneas de tiempo" de la PNL como un medio para encerrar emocionalmente a las personas en compromisos indefinidos (dos semanas se convirtieron en dos años), hasta*** enfocarse ***en la empatía de las personas y el deseo innato de "proteger a los seres queridos"***. ***Lo que*** hizo ***que estas políticas radicales no solo fueran pensables sino alcanzables fue el uso encubierto de*** "empujones de comportamiento" ***y el encuadre cuidadoso de una historia oficial de Covid-19 a través de públicos mensajes de "encantamientos"***.

PSYOPS (Operaciones Psicológicas) y lo que el ex agente de la KGB, Yuri Bezmenov, llamó "subversión ideológica" son muy reales, pero rara vez se discuten de manera significativa. Éste es especialmente el caso si consideramos cómo se han utilizado en todo el mundo occidental durante los últimos dos años los últimos "conocimientos conductuales" de los campos de la psicología social y las ciencias del comportamiento. ***Bajo la*** apariencia ***de luchar contra un virus con una tasa de supervivencia del 99%, la población ha sido*** bombardeada ***con una combinación agresiva de "programación neurolingüística", "empujones" y "encantamientos" de mensajes públicos. Todas estas*** técnicas***, de una forma u otra, han sido*** diseñadas ***para apuntar a lo que los ingenieros sociales llaman "motivaciones automáticas", es decir, nuestras mentes inconscientes (o preconscientes)***.

Muchos hemos observado cómo ***una parte importante de la población parece estar bajo un "***hechizo***". Estos hechizos han convertido los intentos de discusión honesta y racional entre amigos, familiares y compañeros de trabajo en ejercicios inútiles***. Nada de esto es por casualidad. Los mensajes públicos y los altos funcionarios de los gobiernos han estado utilizando los últimos conocimientos sobre la "Programación neurolingüística" (PNL), presentados por primera vez en un libro llamado La estructura de la magia de John Grinder y Richard Bandler, junto con la "Teoría del empujón" ***para*** cambiar ***activamente la forma de pensar de las personas y conducta sin su conocimiento o consentimiento consciente***.

Recapitulemos la historia de la PNL y el uso de lo que sus creadores consideran las cualidades "mágicas" del lenguaje, así como los orígenes de la "teoría del empujón" (desarrollada por primera vez por el Cass Sunstein de la administración Obama y el economista conductual Richard Thaler). Por un lado, ***las técnicas de PNL se desarrollaron como un sistema formal para transformar el "metamodelo" del mundo del paciente, es decir, sus mapas de realidad formados lingüísticamente***. ***Los practicantes de PNL a menudo han enfatizado las cualidades mágicas del lenguaje, que en las manos adecuadas, le dan a uno la habilidad de transformar los mapas lingüísticos de las personas y "reenmarcar" su realidad***. En los últimos tiempos, este trabajo se ha combinado con "Nudge Theory" (Teoría del Empujón), sin la necesidad de sus "procesos reflexivos", es decir, la mente consciente.

En conjunto, las técnicas de NLP y Nudge pueden considerarse con razón una nueva forma híbrida de "guerra de trance". Puede compararse con épocas anteriores de la guerra psicológica, pero también puede verse como bastante diferente en el sentido de que se ***ha logrado un nuevo grado de precisión científica durante la última década***. Nada de esto es nuevo como ya hemos visto. Como observó el propio Bertrand Russell (en el libro "El impacto de la ciencia en la sociedad" (1951)), descendiente de una de las líneas imperiales más antiguas de los "sangre azul" hereditarios de Gran Bretaña, los trucos y técnicas de la regla empírica en la psicología de masas han existido desde hace tiempo:

"Creo que el tema que será de mayor importancia políticamente es la psicología de masas. La psicología de masas es, científicamente hablando, un estudio no muy avanzado, y hasta ahora sus profesores no han sido universitarios: han sido publicistas, políticos y, sobre todo, dictadores. Este estudio es inmensamente útil para los hombres prácticos, ya sea que deseen hacerse ricos o adquirir el gobierno. Es, por supuesto, como ciencia, fundada sobre la psicología individual, pero hasta ahora ha empleado métodos empíricos basados en una especie de sentido común intuitivo. Su importancia se ha incrementado enormemente por el crecimiento de los métodos modernos de propaganda. De estos, el más influyente es lo que se llama "educación". La religión juega un papel, aunque decreciente; la prensa, el cine y la radio desempeñan un papel cada vez mayor".

Lo que estamos viendo ahora es la culminación de un proceso de un siglo de control psicológico masivo. Esta nueva precisión explica la cualidad de hechizo que parece haber embelesado a tantas personas, a menudo incluso ciudadanos altamente educados o bien intencionados, incluidos médicos, maestros, policías, etc. Sin embargo, ***las estructuras de estos "hechizos", más bien que ser mágicos, se deben a la precisión científica en las ciencias del comportamiento y la psicología social***.

A diferencia de las formas más tradicionales y anteriores de información y guerra psicológica, que utilizaban ciertas prácticas generales para manipular "grupos", mensajes subliminales, etc., por ejemplo, el nuevo "modelo de contexto" elaborado en el MindSpace de la Oficina del Gabinete del Reino Unido adopta un enfoque diferente. ***En lugar de simplemente dar a las personas información falsa o confusa per se, o intentar influir en sus mentes y facultades***

conscientes, se trata de* dirigir *directamente sus mentes inconscientes utilizando el lenguaje "mágico" de la PNL, "empujones" inconscientes y mensajes públicos que inducen al trance o "encantamientos".

La base de estos conceptos y su aplicación se puede encontrar en el trabajo pionero de John Grinder y Richard Bandler, que formularon en "The Structure of Magic I & II". Incluso entre los capítulos de La estructura de la magia I, uno puede encontrar títulos como "Convertirse en aprendiz de brujo" y "El encantamiento final". Los pioneros en la Programación Neurolingüística (PNL) habían observado los resultados aparentemente mágicos de terapeutas muy efectivos y poderosos como Virginia Satir, Fritz Perls y otros. Estos terapeutas tenían una capacidad tan poderosa para lograr un cambio fundamental en las identidades y comportamientos de sus pacientes que Bandler y Grinder buscaron modelar cómo sus enfoques intuitivos les permitieron efectuar transformaciones tan profundas y "mágicas". La PNL se convirtió en una versión formalizada y sofisticada de las muchas intuiciones practicadas por estos "aprendices de brujo" terapéuticos.

Con la adición de "Nudge Theory", hemos entrado en la era de la "guerra de trance". ***En los términos más simples, podemos observar que las personas*** experimentan ***el trance de varias maneras a lo largo de la vida diaria, desde conducir un automóvil, caminar, hacer ejercicio, todas estas actividades involucran "procesos automáticos", que no tienen que ser dirigidos conscientemente***. En la guerra de trance, ***los ingenieros sociales tienen la capacidad de*** desencadenar ***y dirigir directamente los diversos procesos automáticos que se encuentran en los estados de trance sin el conocimiento o consentimiento consciente de las personas***. Estas técnicas implican el uso de técnicas de "encuadre" de PNL, apuntando a los "defectos" naturales en el proceso de toma de decisiones humano, usando "señales", "preparación", aprovechando la autoridad y los muchos "atajos" que toma la mente cuando se enfrenta a varias opciones.

Los practicantes de PNL identifican ***nuestra interfaz principal con la realidad como nuestros mapas lingüísticos***. Estos mapas se formalizan (tanto mal como bien) a lo largo de nuestra niñez y adultez. Usamos estos mapas independientemente de si alguna vez somos completamente capaces de describirlos conscientemente. Desde un punto de vista positivo, la PNL nos permite investigar cómo se forman o deforman estos mapas, cómo describimos situaciones, eventos, nuestros sentimientos y cómo todas estas cosas pueden distorsionarse, generalizarse o eliminarse, según las formaciones iniciales del mapa. Es decir, ***los practicantes de PNL*** identifican ***tres formas principales en que nuestros mapas lingüísticos se vuelven "mal formados": eliminaciones, distorsiones y generalizaciones. Una sola eliminación o generalización de una experiencia puede*** alterar ***fundamentalmente nuestros mapas de realidad para todos los tiempos futuros***.

Hoy, redefinir ***los mapas lingüísticos de la población a través de "encantamientos" de mensajes públicos se ha convertido en la "nueva normalidad"***. Desde "reimaginar la vigilancia" hasta "dos semanas para aplanar

la curva" y "proteger a los seres queridos" de un virus con una tasa de supervivencia del 99%, ***estos*** encantamientos ***han sido amplificados los 7 días de la semana, y luego reforzados por una serie de señales, anclas y otros empujones***.

Como ejemplo general de anclaje, un hipnoterapeuta o practicante de PNL puede ayudar a un paciente a superar una fobia indicándole primero que cierre los ojos e imagine un momento anterior en el que se encontraba en un estado de completa calma, tranquilidad y seguridad, es decir un "estado alterado". Luego, el practicante puede hacer que su cliente describa la escena, sus vistas, sonidos y las muchas sensaciones asociadas con ese recuerdo en particular. Por ejemplo, imagina una playa cálida con la brisa salada del mar soplando suavemente a tu alrededor mientras te relajas bajo una sombrilla; ahora puedes escuchar las olas claras y suaves rompiendo en la orilla, con el sonido de niños felices jugando y riendo de fondo.

Dado que los recuerdos ***tienen un componente físico, incluida la memoria muscular, al invocar un recuerdo o una imagen en particular y hacer que visualicen una escena, se puede hacer que los clientes*** sientan ***las sensaciones que sintieron en la experiencia original. Una vez que la escena y esos recuerdos aparecen en el cuerpo, comienza un "estado alterado" o "formación de trance"***. El hipnoterapeuta o el practicante de PNL puede entonces proceder a guiar a un cliente hacia imágenes desencadenantes de fobia o eventos traumáticos, con las imágenes ancladas seguras, cálidas y felices funcionando como un "recurso". Luego, se puede guiar a los clientes para que se visualicen a sí mismos experimentando el evento traumático, la fobia y actuando la escena de una manera nueva y más adaptable en el escenario de su imaginación. Habiendo interpretado la nueva escena hasta su finalización.

En este sentido, podríamos considerar cómo se presentó "volver a la normalidad" en el contexto de las restricciones de Covid-19. Para muchos, "***volver a la normalidad" probablemente sirvió como un ancla efectiva.*** La gente podía imaginar esos tiempos más fáciles en los que podían viajar libremente donde quisieran cuando quisieran, dejar sus hogares como quisieran o ver a sus seres queridos en cualquier momento.

Usando la idea de "volver a la normalidad", muchos pueden haber sentido una sensación de libertad, el peso se nos quitó de los hombros, y luego recordamos esos recuerdos seguidos del anuncio posterior de nuevas restricciones o nuevas crisis. Independientemente, las sugerencias de "volver a la normalidad" y recuperar la libertad se enmarcaron como una cuestión de cumplimiento masivo de la "orientación" del gobierno. ***Los mensajes se*** diseñaron ***consistentemente de tal manera que las imágenes, los sentimientos y las sugerencias de "libertad" se vincularon rápidamente con el cumplimiento, siendo la "secuencia" de comandos e imágenes la clave***. Porque, ***la*** secuencia ***correcta de pensamientos e imágenes puede afectar drásticamente la forma en que alguien recibe un conjunto determinado de mensajes o información, y si*** ingresa ***con éxito en un estado alterado de modo que***

mensajero o el hipnotizador puedan influir en cómo las instrucciones, los comandos y las instrucciones subsiguientes.

Comprender ***la distinción fundamental entre los medios tradicionales de mensajería pública y el "modelo de contexto" se vuelve crucial para comprender cómo estas nuevas formas de propaganda, "guerra de trance" e hipnosis masiva pueden neutralizarse de manera efectiva***. Por desgracia, a pesar de que el virus tiene una tasa de supervivencia del 99%, el marco de referencia principal que se les da tanto a los funcionarios electos como a los ciudadanos es que podrían perder a alguien que les importa y podrían transmitir el virus a sus propios "seres queridos", lo que resultaría en la muerte. ***Si alguien se*** enfrenta ***a la opción de "proteger a sus seres queridos" de una amenaza existencial, ya sea real o percibida, la decisión es automática***. ***Desde el punto de vista de los "incumplimiento" (las pérdidas pesan más que las ganancias)***, la mayoría de los seres humanos empáticos no querrán arriesgarse a perder a sus seres queridos, una pérdida importante, por (digamos) asistir a alguna función social, una ganancia menor. Además, estarán dispuestos a hacer grandes sacrificios para evitar pérdidas aún mayores, ya sean potencialmente reales o percibidas.

Dado que los mensajes de Covid-19 se están elaborando, entre otros, de acuerdo con estos conceptos y términos específicos, las personas deben estar versadas en el lenguaje utilizado por los "lanzadores de hechizos". Conocer ***este idioma también parece ser la forma más fácil de revertir los encantamientos***. Porque, ***una vez que se pone un nombre a cualquiera de estos empujones y "estructuras mágicas", se*** convierten ***en objetos conscientes de atención, lo que significa que ya no pueden funcionar a su velocidad automática***. Al saber cuáles son los marcos, como el tiempo, o a qué valores predeterminados se han apuntado, como nuestro deseo de evitar pérdidas en lugar de obtener ganancias, se vuelve fácil ver cómo las personas entran en un estado de trance que obedece a instrucciones arbitrarias.

"Jugando" con las definiciones para "jugar" con la percepción

Aunque lo veremos más detalladamente más adelante, aquí haremos un resumen del algunos cambios "casuales" en algunas definiciones que benefician "casualmente" a una determinada narrativa. La frase "seguir la ciencia" no tiene sentido cuando la "ciencia" misma es manipulada y alterada para ajustarse y promover una agenda prevaleciente. ***Las*** definiciones ***de algunas palabras científicas se han cambiado para adaptarse a la narrativa de la supuesta "pandemia"***:

1) "PANDEMIA"

La mayoría de las personas desconocen que un mes antes de la "pandemia" de gripe H1N1 en 2009, la OMS cambió la definición de la palabra "pandemia" para adaptarse a la narrativa.

Definición anterior a 2009:

"Una pandemia de gripe ocurre cuando aparece un nuevo virus de la gripe contra el que la población humana no tiene inmunidad, lo que resulta en varias epidemias simultáneas en todo el mundo con enormes cantidades de muertes y enfermedades".

Definición posterior a 2009:

"Una pandemia de gripe puede ocurrir cuando aparece un nuevo virus de la gripe contra el que la población humana no tiene inmunidad".

Se eliminó el requisito previo para la enfermedad y las muertes en grandes cantidades. ***Esto permite que los "casos" generados por un gran número de resultados falsos positivos de las pruebas constituyan una "pandemia" independientemente de la gravedad en términos de muertes y enfermedades***. ***Las personas completamente sanas (asintomáticas) ahora se pueden usar para inflar artificialmente los números. Un "virus" endémico del resfriado común ahora se puede utilizar para generar una pseudo pandemia sin fin con "nuevas variantes" que aparecen a intervalos políticamente convenientes para imponer medidas sociales draconianas***.

2) "INMUNIDAD DE REBAÑO"

Para vender "vacunas", el concepto de inmunidad natural se ignora por completo o se afirma que es inferior a la teórica inmunidad inducida por una "vacuna".

Definición original:

"La inmunidad colectiva es la protección indirecta contra una enfermedad infecciosa que ocurre cuando una población es inmune, ya sea a través de la vacunación o la inmunidad desarrollada a través de una infección previa".

Definición actualizada de 2020:

"La 'inmunidad colectiva', también conocida como 'inmunidad de la población', es un concepto utilizado para la vacunación, en el que una población puede protegerse de un determinado virus si se alcanza un umbral de vacunación. La inmunidad colectiva se logra protegiendo a las personas de un virus, no exponiéndolas a él".

En otras palabras, no confíe en su sistema inmunológico natural, sino en inyecciones muy lucrativas producidas por grandes corporaciones con un historial que podríamos definir como "complicado". ¿Qué podría salir mal? Bueno, si algo sale mal, no espere que la compañía farmacéutica que fabricó la "vacuna" lo compense, ya que no tendrán que rendir cuentas y no serán responsables de pagar una compensación.

Como veremos más adelante, entre otras cosas, ahora sabemos que las "vacunas" antiCovid" están causando un tipo de inmunodeficiencia que algunos llaman

VAIDS. El efecto es acumulativo con cada inyección sucesiva que causa un mayor agotamiento de las células inmunes CD8+.

3) "VACUNA"

Cuando las personas cuestionan los motivos detrás del desarrollo de terapias génicas experimentales y las hacen pasar por "vacunas", "algunos" simplemente cambian la definición de "vacuna" para que se ajuste a su agenda.

Cuando la "vacuna" falla por completo en proporcionar inmunidad real a la enfermedad para la que se desarrolló, simplemente cambiaron la definición nuevamente.

Definición anterior a 2015:

"Inyección de un organismo infeccioso muerto o debilitado para prevenir la enfermedad".

Definición 2015-2021:

"El acto de introducir una vacuna en el cuerpo para producir inmunidad a una enfermedad específica".

Definición de septiembre de 2021:

"El acto de introducir una vacuna en el cuerpo para producir protección contra una enfermedad específica".

La vacuna ahora puede ser una terapia génica experimental en lugar de un organismo infeccioso muerto o debilitado. El requisito de prevenir la enfermedad ha sido eliminado y reemplazado por "producir inmunidad" y "producir protección". Esto significa que una vacuna puede considerarse efectiva si estimula una respuesta de anticuerpos. No importa si estos anticuerpos son realmente protectores o no.

A veces, como es el caso de la ***mejora dependiente de anticuerpos (ADE), los anticuerpos pueden exacerbar la enfermedad en lugar de proteger contra ella***. Este había sido un problema de larga data con el desarrollo de la vacuna contra el coronavirus antes de 2020. ***Los animales vacunados que posteriormente son desafiados con el "virus", se supone que están protegidos contra el desarrollo de enfermedades graves y mueren debido a ADE. Los animales de control no vacunados no desarrollan enfermedades graves y no mueren cuando se les desafía con el mismo "virus"***.

A veces, los anticuerpos de la vacuna solo proporcionan un rango muy estrecho de protección y, a veces, son de muy corta duración. ***La inmunidad natural es multifacética, de amplio espectro, más duradera y más confiable que Pfizer et al***.

Realidad con los virus

Estas últimas décadas han sido testigo de importantes avances científicos para refinar el conocimiento médico, permitiendo la comprensión de muchos fenómenos fisiológicos. En particular, la biología molecular ha permitido identificar numerosos procesos genéticos implicados en diversas patologías (cánceres, enfermedades hereditarias, enfermedades infecciosas, etc.). Hoy, después de la "sindemia" de Covid-19, pocos humanos no han oído hablar del virus, o incluso del receptor del SARS-CoV-2, ACE2, reconocido por la proteína espiga "Spike".

Esta nueva familiaridad con los virus de ARN, junto con ***los mensajes a menudo alarmistas de los políticos sobre la peligrosidad potencial de la enfermedad, ha significado que ahora todos somos conscientes de la capacidad de evolución de los virus de ARN***. Parece que hemos llegado a una etapa en la que, cuando desaparece un pico epidémico, muchos están angustiados esperando la próxima variante, que esta vez corre el riesgo de ser "la buena".

Este miedo recurrente ***solo es posible porque se mantiene social y mediáticamente***, y porque todos nos hemos vuelto (un poco…) "virólogos", y entendemos los fundamentos de lo presentado como extrema peligrosidad del supuesto SARS-CoV-2, que se nos repite en bucle. ***La*** peligrosidad por lo tanto, ***requiere la emisión de mensajes alarmistas***. Parece un bucle sin fin, porque "sabemos" lo que está pasando. Sin embargo, este nuevo "conocimiento" está fragmentado, incompleto. La visión que tenemos está tan centrada en la Covid-19 que no nos damos cuenta de que ***este supuesto virus es solo uno más de los muchos "vecinos" de nuestro entorno cotidiano***. No nos damos cuenta de que, como cualquier otro ser vivo, este supuesto virus interactúa con sus huéspedes.

Un consorcio internacional de investigadores acaba de publicar un artículo en la prestigiosa revista "Nature". A la luz de las diversas epidemias que han afectado a la humanidad durante el último siglo (Gripe Española, SIDA, SARS, MERS, Ébola, supuesta Covid-19), decidieron aclarar lo que realmente sabemos sobre estos diferentes patógenos, en particular su número. Para ello, han optado por centrarse en particular en los virus de ARN, como el supuesto SARS-CoV-2, ahora conocido por todos. La estrategia seguida consistió en buscar entre las secuencias genéticas ya disponibles (es decir, 5.7 millones de muestras, que sin embargo es una pequeña proporción de todas las secuencias presentes en el planeta) aquellas que incluyeran una secuencia particular denominada secuencia de ARN polimerasa dependiente de ARN. Ésta es una enzima esencial para que los virus de ARN, como los coronavirus, amplifiquen su propio genoma. Esta selección de secuencias disponibles condujo ***a la identificación de más de 100 000 (131 957, para ser precisos) nuevos virus de ARN***.

Estamos preocupados por un virus en particular porque ha perturbado por completo la vida cotidiana de muchos países (especialmente los países más desarrollados) durante dos años. Nos preocupa si volverá, si será más letal, si podremos erradicarlo, etc. Debemos entender que, ***incluso si este supuesto***

virus desapareciera, todavía estaríamos en [presencia](#) ***de muchos (incontables, de hecho) otros virus, posiblemente patógenos***.

La [densidad](#) ***NORMAL de partículas virales en el aire que respiramos diariamente está en el rango de 1 a 6 millones por m³***. ***Respiramos alrededor de 12 m^3 de aire por día y, por lo tanto, tragamos entre 10 y 60 millones de partículas virales en 24 horas***. Todas estas partículas de virus no suelen [enfermarnos](#). No solo vivimos generalmente en "buen acuerdo" con los virus, sino que además, ***estos virus*** [participan](#) ***activamente en nuestra propia evolución como especie***. Nuestro genoma, como el de cualquier otra especie eucariota (cuyas células tienen núcleo, a diferencia de las bacterias o los virus, por ejemplo), [contiene](#) ***del 5 al 10% de secuencias de origen viral***, que a lo largo del tiempo han participado activamente en la [evolución](#) de nuestro genoma. Esto se [compara](#) con solo el 1 o 2 % de nuestro genoma que contiene nuestros genes.

La única salida, que siempre ha sido seguida a regañadientes por la humanidad (y otras especies) es la [adaptación](#) y el equilibrio entre el huésped y el patógeno, equilibrio que al final, por lo general, se traduce en síntomas leves. Parece que nuestra gran [debilidad](#) hoy ante el desorden planetario que provoca este diminuto organismo de 0.000 000 15 metros se debe paradójicamente a nuestro nivel de conocimiento nunca igualado. ***Nos intentaron*** [convencer](#) ***de que como ahora podemos aislar, secuenciar y caracterizar un virus en pocos días, y que disponemos de tecnologías moleculares que permiten (a priori) desarrollar en pocos meses una o más fórmulas vacunales "infalibles y seguras". Todo lo que tendríamos que hacer es aislarnos y aplicar continuamente barreras físicas (mascarillas, etc.) mientras esperamos pinchar el músculo deltoides de toda la humanidad con las últimas inyecciones para salvar vidas. Desgraciadamente, estos dos años nos han demostrado la ingenuidad de esta ilusión***. Estos [sueros](#) que intentan imitar a los tratamientos "vacunales", ***no cumplen las especificaciones que se les asignan, solo son capaces de generar evoluciones virales que conducirán a más y más escapes inmunológicos***.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que las [epidemias](#) siempre han existido y cada vez son más frecuentes. Esto se debe a nuestros hábitos de vida "[modernos](#)":

1- Vivimos cada vez más cerca unos de otros, por lo que los virus pueden pasar de un huésped a otro más fácilmente.

2- Somos cada vez más frágiles (enfermedades "modernas": obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.), lo que facilita la proliferación viral en estas zonas menos protegidas.

3- Amontonamos animales, que pueden ser reservorios virales (visones, cerdos, aves, etc.), unos encima de otros en nuestras granjas intensivas, lo que facilita la aparición de nuevos patógenos.

4- Cruzamos el planeta de un lado a otro en pocas horas, dispersando así nuestros virus de manera muy efectiva.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)).

MORTALIDAD-LETALIDAD

Conviene empezar por diferenciar entre dos conceptos:

Contagiosidad. La cualidad de lo que es contagioso, es decir, que se transmite por contagio. El contagio es la transmisión de un agente infeccioso que puede ocurrir directa, indirecta o mixtamente.

Patogenicidad. Es la capacidad (de un agente infeccioso) de causar trastornos en su huésped debido a su virulencia (capacidad de generar enfermedad o daño al cuerpo) y su invasividad (capacidad de invadir los tejidos del huésped y multiplicarse en interiores).

Entonces podemos preguntarnos si todo lo que es contagioso es necesariamente peligroso para nuestra salud. De hecho, muchos patógenos viven como parásitos inofensivos en el cuerpo de individuos sanos. Por lo tanto, una enfermedad altamente transmisible no es necesariamente muy patógena. La naturaleza peligrosa de un agente infeccioso depende tanto de sus propias características (variaciones en las secuencias genéticas, por ejemplo, para el SARS-CoV-2), como también del entorno donde anidará y posiblemente se propagará y, por lo tanto, de la capacidad del huésped para coexistir con él más o menos en simbiosis. Por lo tanto, las personas más vulnerables son aquellas cuyo sistema inmunológico está lo suficientemente debilitado como para no poder mantener bajo control un agente infeccioso que puede causar enfermedades graves, mientras que el mismo germen sería perfectamente benigno para cualquier otro individuo.

No es necesariamente suficiente saber si un agente infeccioso está presente o no en un individuo para deducir un riesgo de enfermedad más o menos grave; es necesario conocer además las características de este individuo, así como la ubicación exacta del agente infeccioso. Por lo tanto, ***las cifras del número de individuos positivos para una prueba nasofaríngea, altamente publicitadas y publicitadas diariamente durante varios meses, no necesariamente tienen un*** vínculo ***directo con el número de personas que probablemente tengan una enfermedad más o menos grave***.

Ahora debemos diferenciar entre otros dos términos:

La tasa de mortalidad se calcula tomando como referencia a la población total, mientras que la de letalidad solo tiene en cuenta a las personas afectadas por una determinada enfermedad.

Según el discurso oficial, el virus es bastante peligroso, justificando así la "vacunación" masiva y obviando por completo la posibilidad de la utilización de

tratamientos contra la enfermedad. Una vez más, la ciencia y el análisis independiente de los datos, han demostrado que dicho discurso, es erróneo; el virus presenta una mortalidad bastante baja, de 0.047 a 0.32% ((1) (2) (3)), inferior a la de la gripe común, 6 veces inferior a la de la gripe de 1918 (al inicio de la pandemia, se decía que eran similares) y por debajo de la calculada por la OMS.

En un estudio, realizado por el Dr. Ioannidis de la Universidad de Stanford, se analiza la tasa de letalidad por infección Covid-19 en distintas poblaciones y rangos de edad, con énfasis en los ancianos. La tasa de letalidad por la infección es aún menor de lo que se pensaba para poblaciones de alto riesgo por su elevada edad. Si traducimos los datos del estudio y los convertimos a tasa de supervivencia a la infección:

Rango de edad	**Tasa media de letalidad (%)**	**Tasa media de supervivencia (%)**
0-19	0.0027	99.9973
20-29	0.014	99.986
30-39	0.031	99.969
40-49	0.082	99.918
50-59	0.27	99.973
60-69	0.59	99.41
Mayores de 70 años que no están en un hogar de ancianos	2.9	97.1
Más de 70	4.9	95.4

De igual forma, los datos de esta publicación se utilizaron para:

- Calcular las tasas de mortalidad por "vacunas" (VFR)
- El número necesario para tratar/"vacunar" (NNT) para prevenir una muerte por Covid
- El número esperado de muertes por "vacunas" para prevenir una muerte por Covid
- El número esperado de muertes por "vacunas" en comparación con las muertes por Covid por grupo de edad

Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

GRUPO DE EDAD	VFR: TASA DE MORTALIDAD POR "VACUNAS"	NNT PARA PREVENIR UNA MUERTE POR COVID	MUERTES ESPERADAS POR "VACUNAS" PARA PREVENIR UNA MUERTE POR COVID	NÚMERO ESPERADO DE MUERTES POR "VACUNAS" EN COMPARACIÓN CON LAS MUERTES POR COVID
Menores de 18 años	0.004%	La inyección causa una mayor tasa de mortalidad por Covid	La inyección causa una mayor tasa de mortalidad por Covid	51
18 a 29	0.005%	318 497	16	8
30 a 39	0.009%	164 538	15	7
40 a 49	0.017%	55 516	9	5
50 a 59	0.016%	11 760	2	1
60 a 69	0.026%	3 624	1	1
70 a 79	0.048%	1 300	1	0
80 a 89	0.057%	547	0	0

Por otro lado, Physicians for Informed Consent (PIC), una organización educativa sin fines de lucro centrada en la ciencia y las estadísticas, ha publicado su declaración de información sobre enfermedades (DIS) Covid-19 actualizada, que aclara la tasa de mortalidad por infección (IFR) de la Covid-19 en diferentes grupos de edad y diferentes lugares de residencia.

La tasa de letalidad por infección (IFR) de Covid-19 se calcula dividiendo la cantidad de personas que mueren a causa de Covid-19 por la cantidad total de personas infectadas, incluidos los casos sintomáticos y asintomáticos. Una revisión sistemática de la Universidad de Stanford que incluyó 69 estudios de anticuerpos estimó que el IFR de Covid-19 en los Estados Unidos varía de 0.3% a 0.4%. El análisis de datos aquí usa el punto medio de ese rango, 0.35%. Un IFR de 0.35% está respaldado por un análisis publicado en Clinical Infectious Diseases que estimó que había 44.8 millones de enfermedades sintomáticas por Covid-19 en febrero de 2020 en los EE. UU. Dado que el 33% de todas las infecciones por SARS-CoV-2 son asintomáticas, allí hubo un total estimado de 66.9 millones de infecciones en ese periodo de tiempo (44.8 millones / [100% -33%]). También hubo 213 000 muertes por Covid-19 en febrero-septiembre de 2020, lo que resultó en una IFR por Covid-19 de 0.32% (213,000 / 66.9 millones).

Cuando comenzó la pandemia a principios de 2020, se propuso que la Covid-19 podría tener una letalidad comparable a la influenza en 1918; sin embargo, ***el IFR de la gripe de 1918 (2.25%) fue aproximadamente seis veces mayor que el IFR del Covid-19 (0.35%)***.

Más del 80% de las muertes por Covid-19 ocurren en personas de 65 años o más, mientras que menos del 0.1% de las muertes por Covid-19 ocurren en personas de 17 años o menos. Además, la Covid-19 grave es particularmente letal en hogares de ancianos. Por ejemplo, en 2020, el 59% de todas las muertes por Covid-19 en el estado de Massachusetts ocurrieron en centros de atención a largo plazo (LTC). La IFR nacional de Covid-19 es del 0.2% entre las personas que no viven en instituciones cuidados a largo plazo. Los casos de Covid-19 en personas de 65 años o más que residen en centros de atención a largo plazo (hogares de ancianos) tienen aproximadamente 30 veces más probabilidades de ser fatales que los casos de Covid-19 en personas de 65 años o más que no residen en residencias a largo plazo.

Hace un tiempo fue publicado en la revista Lancet un estudio elaborado por el "Covid-19 Forecasting team" (un equipo multidisciplinario y multi institucional que utiliza modelos matemáticos y epidemiológicos para comprender la pandemia). El estudio se titula (traducido del inglés): "Variación en la tasa de infección-fatalidad de Covid-19 por edad, tiempo y geografía durante la era pre-vacuna: un análisis sistemático".

La publicación demuestra ***cómo esta letalidad (TFC) se ha mantenido a lo largo del tiempo***. Los autores estimaron la TFC específica para cada edad y para todas las edades utilizando (desde el inicio de la pandemia hasta antes del inicio de la "vacunación") datos de la prevalencia de anticuerpos. Así sabían cuántos habían sido infectados. Usaron también los datos de mortalidad Covid-19 en cada población. Los detalles de los modelos epidemiológicos que utilizaron pueden consultarlos directamente en el artículo, pero basta decir que tomaron en cuenta más de 5000 monitoreos serológicos, y 3012 observaciones de mortalidad específicos para cada grupo de edad. La razón por la que solo consideraron la etapa pre-vacuna fue para remover el impacto de estos productos en el patrón de TFC. Hicieron esto para cada uno de los 190 países y territorios incluidos en el estudio.

Encontraron bastante variación (heterogeneidad) en la TFC por edad, ubicación y tiempo, como se puede observar en la figura 1 y la figura 2 del estudio. ***Las personas de menos de 7 años tuvieron la*** letalidad más baja ***(0.0023%; esto quiere decir que mueren dos niños por cada 100 000 niños infectados)***. La letalidad incrementa desde los 30 años (siendo de 0.0573%; lo que quiere decir que muere 1 de cada 2000 personas infectadas de 30 años) hasta los 90 (20.3292%, lo que quiere decir que mueren 20 de cada 100 personas infectadas de 90 años). La letalidad (de todas las edades juntas) varió mucho entre países, siendo más alta para Portugal, Mónaco, Japón, España y Grecia (en ningún caso rebasando el 2.1%), lo que puede reflejar diferencias en la estructura etaria de la población. Por eso, hicieron una estandarización por edad, y encontraron que la mayor letalidad de Covid-19 se vio en Perú, Portugal, Omán, España y México. Esto refleja diferencias en el tratamiento o en las comorbilidades de la gente. ***Los países de África subsahariana y países de Asia tuvieron las letalidades más*** bajas ***generales y estandarizadas por edad, lo que significa que las diferencias observadas no se explican***

porque se trata solamente de países con más personas jóvenes aunque ciertamente contribuye la estructura de edad.

Resulta muy importante el que hayan visto que en todos los países y en todos los territorios analizados, la letalidad media (TFC) decrementó ***de 0.466% a 0.314% (entre mediados de abril 2020 y el 1 de enero 2021). Esto es exactamente lo que*** predice ***la teoría evolutiva para un virus con este tipo de transmisión en una población que tiene la habilidad de generar respuestas inmunes en contra de él: se seleccionan (de forma natural) las variantes menos virulentas y más transmisibles***.

El estudio es importante por muchos motivos: ***1) demuestra que la tasa de fatalidad por infección por cada categoría de edad no ha incrementado desde el inicio de la pandemia y hasta antes del inicio de la "vacunación", 2) demuestra que en personas de menos de 30 años la letalidad es de 1 por 10 000 personas infectadas (ellos lo ponen como "0.0001 muertes por persona", pero es difícil de entender así), 3) demuestra que la letalidad es igual a o menor que la letalidad provocada por otros virus estacionales, y que está asociada a diferencias en tratamientos, comorbilidades y aspectos como el hacinamiento***.

Si ha habido cambios ***en la letalidad por caso en las personas más jóvenes, esto ocurrió luego de la introducción de las "vacunas" en esos grupos de edad***. Eso es algo que no debe de ignorarse, porque tiene cuatro explicaciones: ***1) las "vacunas" están siendo presiones selectivas para que las variantes más virulentas sean las que tienen una ventaja, 2) las "vacunas" (y sobre todo, la repetición de las inoculaciones en una persona) están impactando el sistema inmune de las personas, volviéndolas más susceptibles de enfermar al infectarse de SARS-CoV-2, o 3) las "vacunas" están provocando cuadros que clínicamente son indistinguibles de Covid-19, y están afectando a niños, adolescentes y jóvenes que normalmente no hubieran tenido problema si se infectaban***, ***4) todas las anteriores simultáneamente***.

Otro detalle importante con respecto a lo anterior que no debemos olvidar, ***es que la mortalidad más alta, se da entre personas que padecían enfermedades previas, concretamente, el*** 99% ***de las muertes, morimos 100 veces menos por Covid-19 solo que por Covid-19 asociado con una o más comorbilidades***. ***Es por eso que, más que una pandemia, esta enfermedad se considera una*** sindemia: ***existe de manera abrumadora solo en personas previamente portadoras de comorbilidades (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.)***.

A este respecto, entre otros, se refiere el Dr. John Campbell al analizar los datos que publicó el gobierno del Reino Unido, en respuesta a una solicitud de la Ley por la Libertad de la Información (FOIA, por sus siglas en inglés), que demuestran que durante el 2020 en Inglaterra y Gales, el número de muertes por Covid-19 como causa única fue de 9400, y de esta cifra, 7851 tenían de 65 años en adelante. ***La edad promedio de muerte fue de 81.5 años***.

Durante el primer trimestre de 2021, hubo 6483 muertes en las que el Covid-19 fue la única causa, una vez más, la mayoría, 4923, eran personas mayores de 65 años.

Durante el segundo trimestre de 2021, murieron un total de 346 personas por Covid-19 como única causa, mientras que en el tercer trimestre esta cifra fue de 1142. Repito, esta cifra es de personas que no tenían condiciones subyacentes que pudieran haber causado su muerte.

Entonces, durante los 21 meses que abarcan de enero de 2020 hasta septiembre de 2021, en Inglaterra y Gales, el número total de muertes por Covid-19 fue de 17 371, una cifra mucho menor de la que se informó en primera instancia. A finales de septiembre de 2021, el gobierno de Reino Unido informó que hubo 137 133 muertes dentro de un periodo de 28 días a partir de una prueba positiva y, como consecuencia, todas estas muertes se registraron como "muertes por Covid".

Durante una conferencia de prensa que se realizó el 19 de enero de 2022, Sajid Javid, secretario de salud de Reino Unido, admitió que ***las cifras diarias del gobierno son poco confiables, ya que las personas murieron y aún mueren a causa de otras enfermedades, pero se incluyen en el recuento de muertes por Covid-19 porque tenían una prueba positiva***.

También admitió que ***alrededor del 40% de los pacientes hospitalizados con Covid no ingresaron al hospital por síntomas de Covid, sino por otras enfermedades, pero dieron positivo cuando se les hizo la prueba***.

Campbell también señala que de las 17 371 personas que tenían Covid-19 como única causa de muerte, 13 597 tenían de 65 años en adelante. En el Reino Unido, la edad promedio de muerte por Covid en 2021 fue de 82.5 años. Mientras que la esperanza de vida proyectada es de 79 años para los hombres y 82.9 para las mujeres. Así que como puede ver, no representa la amenaza que le hicieron creer y mucho menos para las personas sanas en edad escolar y laboral.

Campbell también analiza los datos sobre las muertes adicionales por cáncer. Se estima que, en ***los últimos 18 meses, hubo unas 50 000 muertes adicionales por cáncer***, una cifra que no solía verse en el pasado, lo que ***podría deberse al retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento adecuado debido a las restricciones por Covid***.

Como señaló Campbell, cuando observamos el número adicional de muertes, debemos considerar factores como la edad al momento de la muerte. Al parecer, ***la mayoría de las muertes por Covid-19 fueron de personas de edad avanzada, así que, si comparamos su edad con la esperanza de vida promedio, entonces era algo que ya se esperaba***.

Pero lo que no se esperaba es que ***personas de 30, 40 y 50 años murieran de cáncer u otras enfermedades crónicas debido a la falta de tratamiento por las restricciones del Covid***.

En los Estados Unidos, los datos sugieren un patrón similar en las estadísticas de muertes por Covid. Hace poco, la Dra. Rochelle Walensky, directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, citó una investigación que demuestra que ***el 77.8 % de las personas que habían recibido la "vacuna" antiCovid y que habían muerto por o con Covid también tenían un promedio de cuatro comorbilidades***.

"Por lo que, ***desde antes, estas personas estaban mal de salud***", dijo Walensky. Pero mientras Walensky señala este estudio como evidencia de que la "vacuna" antiCovid hace maravillas para reducir el riesgo de muerte, se ha observado este mismo patrón en las personas sin "vacunar". ***Cuando se trata de Covid, las personas sin comorbilidades tienen muy poco de qué preocuparse***.

Por ejemplo, un estudio de 2020 encontró que, ***en la ciudad de Nueva York, el 88% de los pacientes hospitalizados con Covid tenían dos o más comorbilidades, mientras que el 6.3 % tenía un problema de salud subyacente y el 6.1 % no tenía ninguno***. En ese momento, todavía no estaban disponibles las "vacunas" antiCovid.

A finales de agosto de 2020, los CDC publicaron datos que demostraban que ***solo el 6% del recuento total de muertes tenía al Covid-19 como la única causa***. ***El otro 94 % tenía un promedio de 2.6 comorbilidades o enfermedades preexistentes que contribuyeron con su muerte***. Entonces, como dijo Walensky, la Covid solo representa una amenaza mortal para las personas que tienen alguna enfermedad, sin importar si tiene la "vacuna" o no.

Además de la cuestión de si las personas mueren "por Covid" o "con una prueba positiva de SARS-CoV-2", existe otra cuestión importante: el papel del tratamiento en las muertes de los pacientes que tienen Covid. A principios de abril de 2020, los médicos advirtieron que poner a los pacientes con Covid-19 bajo ventilación mecánica incrementaba su riesgo de muerte.

Una investigación demostró que, en la ciudad de nueva York, hasta ***el 80% de los pacientes con Covid-19, que recibieron ventilación, murieron***, por lo que algunos médicos comenzaron a cuestionar su uso. ***Los datos del Reino Unido presentan una cifra del 66% y un pequeño estudio en Wuhan encontró que el 86% de los pacientes que recibieron ventilación también murieron***. En un artículo del 8 de abril de 2020, el portal STAT News informó:

"Muchos pacientes tienen niveles de oxígeno tan bajos que deberían estar muertos. Pero no jadean por falta de aire, sus corazones no tienen la frecuencia adecuada y sus cerebros no muestran signos de parpadeo por falta de oxígeno.

Eso ha ocasionado que los médicos de cuidados intensivos sospechen que ***en el caso del Covid-19, ha sido un error basarse en el enfoque de tratamiento de asistencia respiratoria que han utilizado durante décadas en pacientes con neumonía y síndrome de dificultad respiratoria aguda***.

Y cada vez están más preocupados por el uso de la intubación y de los ventiladores mecánicos, por lo que argumentan que la mayoría de los pacientes podría recibir asistencia respiratoria no invasiva, como la mascarilla que se utiliza en la apnea del sueño, al menos al principio y tal vez durante el transcurso de la enfermedad".

En ese momento, el Dr. Cameron Kyle-Sidell, médico de sala de emergencias, dijo que ***los síntomas de los pacientes se parecían más a los del mal de montaña que a los de la neumonía***. Del mismo modo, un artículo de los Dres. Luciano Gattinoni y John J. Marini describió ***dos tipos diferentes de manifestaciones de la Covid-19, a los que se refieren como Tipo L y Tipo H. En los que uno se beneficia de la ventilación mecánica, mientras que el otro no***.

A pesar de eso, hasta el día de hoy, poner a los pacientes con Covid bajo ventilación mecánica es el "estándar de atención" en todos sitios. Pero sin duda, la mayoría de ***los primeros pacientes con Covid murieron por el mal uso del ventilador y los pacientes continúan muriendo, no por Covid sino por no implementar los tratamientos correctos***.

Tal vez se pregunte por qué los médicos y administradores de hospitales insisten en utilizar tratamientos que se sabe son poco efectivos o mortales, mientras se niegan de forma rotunda a administrar cualquier cosa que se haya demostrado ser efectiva. La respuesta más obvia es que ***buscan proteger su interés económico***. En los Estados Unidos, si ***los hospitales administran este tipo de tratamientos no solo corren el riesgo de perder los fondos federales, sino que también obtienen varios incentivos por implementar tratamientos poco efectivos***. Los hospitales reciben remuneración económica por lo siguiente:

- Cada prueba de Covid
- Cada diagnóstico de Covid
- Cada ingreso de un "paciente con Covid"
- Utilizar remdesivir
- Utilizar ventilación mecánica
- Cada muerte por Covid-19

Para empeorar las cosas, hay evidencia de que ciertos sistemas hospitalarios ***obligan a los pacientes a renunciar a sus derechos***, ***lo que convierte a cualquier persona que se diagnostica con Covid en un prisionero del hospital, sin capacidad para ejercer el consentimiento informado***. En pocas palabras, ***los hospitales hacen lo que quieren con los pacientes y reciben varios incentivos por administrar los tratamientos poco efectivos que recomiendan los Institutos Nacionales de Salud***.

Por otro lado, si comparamos la mortalidad vial del 2020, con la mortalidad por Covid de enero de 2020 hasta julio de 2021, las propias cifras oficiales, parecen indicar, según el rango de edad, que ha habido más muertes en la carretera que por Covid. Además, hallazgos recientes, según una investigación publicada en el Journal of the American Medical Association, muestran que ***más personas menores de 65 años murieron por causas relacionadas con el alcohol que por Covid***. En 2020, mientras se cerraban los parques al aire libre y prohibía los besos al aire libre, los ciudadanos recurrieron a las drogas y el alcohol para hacer frente a su nuevo mundo tiránico. Para diciembre de 2020, ***un*** 360% ***más de personas habían muerto por sobredosis que por Covid***. Un año después, encontraríamos que el asesino número uno de todos los estadounidenses de 18 a 45 años no era Covid-19 sino una sobredosis.

Consierando todo lo expuesto anteriormente, es lógico que el Instituto Noruego de Salud Pública (NIPH) tomara la sorprendente, pero estadísticamente respaldada, decisión de clasificar el Covid-19 como una enfermedad respiratoria tan peligrosa como la gripe común. Se aclara que la pandemia no ha terminado; se ha entrado en una nueva fase en la que ***la Covid-19 se equipara ahora a una enfermedad respiratoria común, como una gripe o una infección respiratoria***. Esto se debe, entre otras cosas, a ***las mutaciones que supuestamente ha sufrido el Coronavirus, que lo hacen menos peligroso, junto con el aumento de la inmunidad*** (natural porque como veremos más adelante, pensar que los sueros inmunizan es una utopía) que se ha conseguido en la sociedad noruega.

Aunque la infección en sí sigue circulando entre la población, esto no supone un aumento de las estancias hospitalarias, lo que en sí significa que el Coronavirus ya no supone una gran carga para la sanidad en Noruega. Esto se debe a que la gran mayoría de las personas en riesgo están protegidas. Los que están "vacunados" también presentan síntomas graves y los que no están en los grupos de riesgo también suelen tener sólo síntomas leves de resfriado ordinario.

Por ello, el NIPH hace la valoración de que el supuesto coronavirus se une ahora a las filas de otros virus respiratorios como el resfriado común y la gripe estacional. Un estudio reciente, apoya esa valoración:

Usando un método estadístico diseñado para detectar asociaciones transitorias, así como un modelo matemático, la investigación llevada a cabo por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), muestra que ***el clima jugó un papel importante en modular la supuesta transmisión del virus durante las olas pandémicas en ambos hemisferios***. En abril de 2020, el Sindicato Médico De Rusia ya había advertido que: "**El coronavirus es una infección viral respiratoria aguda** clásica", y exigió que se dejara de sembrar pánico entre la población.

Un nuevo estudio liderado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), centro impulsado por la Fundación "la Caixa", proporciona ***evidencia sólida de que la Covid-19 es una infección estacional asociada a temperatura y humedad bajas, similar a la gripe estacional***. Los resultados,

publicados en Nature Computational Science, también subrayan la considerable contribución de la transmisión por aerosoles y la necesidad de adoptar medidas que promuevan la "higiene del aire".

Una pregunta clave con respecto al SARS-CoV-2 es si se está comportando o se comportará como un virus estacional similar al virus de la gripe, o si se transmitirá con la misma intensidad a lo largo de todo el año. Un primer estudio con modelos teóricos sugirió que el clima no era un factor importante, dado el gran número de personas susceptibles sin inmunidad previa contra el virus. Sin embargo, algunas observaciones sugerían que la propagación inicial del virus en China ocurrió en una latitud entre 30 y 50o N, con bajos niveles de humedad y temperaturas (entre 5º y 11ºC).

"La cuestión de si la Covid-19 es una enfermedad realmente estacional se vuelve cada vez más importante, con implicaciones para la implementación de intervenciones efectivas", explica Xavier Rodó, director del programa de Clima y Salud de ISGlobal y coordinador del estudio. Para contestar esta pregunta, él y su equipo analizaron en primer lugar la asociación de temperatura y humedad en la fase inicial de la propagación del virus en 162 países de cinco continentes, antes de que se implementaran cambios en el comportamiento y en las políticas de salud pública*.* ***Los*** resultados ***muestran una correlación negativa entre la tasa de transmisión (Ro) y la temperatura y humedad a nivel global: mayores tasas de transmisión se asociaron con temperaturas y humedad más bajas***.

En segundo lugar, el equipo analizó la evolución de esta asociación entre clima y enfermedad a lo largo del tiempo, y si era consistente a diferentes escalas geográficas. Para ello, usaron un método estadístico que se diseñó específicamente para identificar patrones de variación parecidos (es decir, una herramienta de reconocimiento de patrones) en diferentes ventanas de tiempo. De nuevo, encontraron una fuerte asociación negativa para pequeñas ventanas de tiempo entre número de casos y clima (temperatura y humedad), con patrones consistentes durante la primera, segunda y tercera olas de la pandemia y en diferentes escalas espaciales: globalmente, por países, por regiones en países fuertemente afectados (Lombardía, Thüringen, Cataluña), e incluso a nivel de ciudades (Barcelona).

Las primeras olas pandémicas menguaron al aumentar la temperatura y la humedad, y la segunda ola aumentó al disminuir la temperatura y la humedad. Sin embargo, este patrón se rompió durante el verano, en todos los continentes. "Esto podría deberse a varios factores, incluyendo concentraciones masivas de personas jóvenes, turismo, y aire acondicionado, entre otros," explica Alejandro Fontal, investigador de ISGlobal y primer autor del estudio.

Cuando se adaptó el modelo para analizar correlaciones transitorias a todas las escalas en países del hemisferio sur, donde el virus llegó más tarde, se observó la misma correlación negativa. Los efectos del clima fueron más evidentes a temperaturas entre 12º y 18ºC y niveles de humedad entre 4 y 12 g/m3, aunque

el equipo investigador advierte que se trata de rangos indicativos, debido al tiempo limitado de registros.

Finalmente, usando un modelo epidemiológico, el estudio muestra que incorporar la temperatura en la tasa de transmisión funciona mejor para predecir la subida y bajada de las diferentes olas, particularmente la primera y la tercera en Europa. "***El conjunto de nuestros resultados apoya la idea de que la Covid-19 es una infección*** verdaderamente estacional, ***similar a la gripe y los otros coronavirus del resfriado común***," dice Rodó.

Esta estacionalidad podría contribuir de manera importante a la transmisión del SARS-CoV-2, ya que ***las condiciones bajas de humedad reducen el tamaño de los aerosoles y por lo tanto aumentan la transmisión aérea de virus estacionales como la gripe***. "Esta asociación justifica poner el énfasis en la "higiene del aire" mediante una mejor ventilación de los espacios interiores, ya que los aerosoles pueden permanecer suspendidos durante más tiempo", dice Rodó, quien subraya la necesidad de incluir parámetros meteorológicos en la planeación y evaluación de medidas de control.

Aunque hablaré más detenidamente sobre el tema más adelante, considerando todo lo expuesto, ahora el siguiente paso sería analizar la necesidad de "vacunación" y su seguridad en función de la mortalidad:

A este respecto, el colectivo Reinfocovid en Francia ha elaborado un estudio en el que se analiza el balance beneficio/riesgo de la "vacunación" masiva, comparando la mortalidad relacionada con Covid-19 con la letalidad relacionada con la "vacunación" por grupos de edad:

Comparan la mortalidad total del paciente Covid-19 para los 16 meses de epidemia, frente a la fatalidad ligada a la "vacuna" en 6 meses de la "vacunación". Esta hipótesis sobreestima el beneficio de la "vacunación" porque supone que la "vacuna" es 100% efectiva y que los "vacunados" no se verán afectados por la mortalidad por Covid-19. Se adoptó la hipótesis de una distribución homogénea en los diferentes grupos de edad, del riesgo de muerte o de secuelas graves, para estimar el beneficio/riesgo de las "vacunas". Los datos de farmacovigilancia pasiva, como los del ANSM, subestiman la escalada de efectos secundarios y podemos suponer que estos aumentos son tanto más débiles a medida que las personas son mayores y con una esperanza de vida baja. Los resultados relativos a la mortalidad por Covid-19 se expresaron en "riesgo por 100 000 habitantes". En cuanto a los efectos secundarios relacionados con la "vacuna" expresados como "riesgo por 100 000 vacunados"; los resultados se obtuvieron dividiendo el número de muertes relacionadas con la "vacuna" por el número de personas que fueron "vacunadas" (número de primeras dosis). También se analizaron las secuelas muy graves, incluida la muerte, la discapacidad y los efectos potencialmente mortales de acuerdo con las declaraciones de efectos secundarios reportadas a la Agencia Nacional para la Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios (ANSM).

Queda claro que **para las personas menores de 45 años, el riesgo de muerte después de la "vacunación" es 1.4 veces mayor (Astrazeneca) en comparación con la mortalidad por Covid-19 y el riesgo de secuelas muy graves que conducen a una discapacidad, una muerte o un pronóstico potencialmente mortal, es hasta 5.2 veces mayor para Pfize**r. ***Para las personas sin comorbilidad, la "vacuna" es dañina para los menores de 65 años.*** ***Para los niños con comorbilidad, el riesgo de muerte relacionado con la "vacunación" es de 41 a 56 veces mayor que con Covid-19. Y dado que ningún niño sano ha muerto de Covid-19, el riesgo de "vacunación" es simplemente infinitamente mayor***.

Agregue a esta observación a corto plazo, el hecho de que ***los efectos secundarios a medio y largo plazo (3 a 10 años) son completamente desconocidos***. También debe recordarse que estas "vacunas" solo han recibido autorización de comercialización condicional, lo que significa que la evaluación de su eficacia y seguridad aún está en curso. También ***debe de tenerse en cuenta que, por lo general, se necesitan 10 años para garantizar la seguridad de una vacuna*** (no obstante la FDA con su supuesta autorización, quiere hacernos creer que el suero de Pfizer es seguro, cuando realmente, los datos dicen claramente que no lo es, ni ese ni ningún otro los otros sueros, como demostraré más adelante en este informe).

"Tenga en cuenta que ya no podremos establecer el beneficio/riesgo de las 'vacunas' Covid después del 16 de julio de 2021, porque Santé Publique France ya no publica los datos brutos necesarios para estos cálculos"….Una casualidad, el que los datos de contagios y fallecimientos entre 'vacunados', sean alarmantes (como veremos más adelante en el informe), seguro que no tiene nada que ver.

"Jugando" con los datos

Vamos a comprobar que las muertes se han informado erróneamente, engordando las cifras de fallecidos y en general, que se ha jugado con los datos para mantener una narrativa (mirar también la información a este respecto, incluida en el apartado de los PCR):

La tasa de mortalidad por Covid-19 es más baja que la tasa de mortalidad por influenza; y ambos están fuertemente influenciados por la neumonía como causa sintomática de muerte. Un investigador ha profundizado en el historial de casos de gripe de los CDC y la OMS y ahora de casos de Covid. Ryan Christian tiene una extensa colección de publicaciones con docenas de citas de sus investigaciones. Su investigación indica que la Covid-19 no es más mortal que la gripe; y Christian utiliza referencias históricas de muertes por influenza que se reportan en exceso y se combinan:

Citando un informe oculto de 2011 de la Organización Mundial de la Salud sobre el virus H5N1 aviar y un nuevo virus de influenza humana A (H1N1):"La política contra la pandemia nunca se basó en pruebas, sino en el miedo a los peores escenarios. […] En ambas pandemias de miedo, las afirmaciones exageradas de una grave amenaza para la salud pública se derivaron principalmente de la

defensa de la enfermedad por parte de los expertos en influenza. En el altamente competitivo mercado de la gobernanza de la salud, la lucha por la atención, los presupuestos y las subvenciones, es feroz"

Y otro documento del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU: "Los datos estadounidenses sobre muertes por influenza son falsos y engañosos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconocen una diferencia entre la muerte por influenza y la muerte asociada a la influenza, pero usan los términos indistintamente. Además, existen importantes incompatibilidades estadísticas entre las estimaciones oficiales y los datos de las estadísticas vitales nacionales. Para agravar estos problemas está la comercialización del miedo, una estrategia de comunicación de los CDC en la que los expertos médicos "predicen resultados nefastos" durante las temporadas de influenza.

Los ejemplos históricos citados establecen la línea de base para ver cómo se combinan tres conjuntos diferentes de enfermedades en 2021 para mantener una política de pandemia de Covid-19 basada en el miedo, los peores escenarios y datos falsos. ***Desde el sitio web de los CDC nos dicen que las muertes por neumonía, influenza y Covid*** **(**PIC**)** ***se informan como muertes por Covid-19 sin diferenciación*****:**

"Según los datos de vigilancia de mortalidad del NCHS disponibles el 29 de julio de 2021, el 7.4% de las muertes que ocurrieron durante la semana que finalizó el 24 de julio de 2021 (semana 29) se debieron a neumonía, influenza y/o Covid-19 (PIC). Este porcentaje está por encima del umbral epidémico del 5.5% para la semana 29.

Entre las 1381 muertes por PIC reportadas para esta semana (semana 29), 642 tenían Covid-19 como una causa subyacente o contribuyente de muerte en el certificado de defunción, y una incluyó influenza, lo que indica que la mortalidad actual por PIC se debe principalmente a Covid-19 y no a influenza. Los datos presentados son preliminares y pueden cambiar a medida que se reciben y procesan más datos".

Todas las muertes por neumonía, influenza y Covid (el grupo PIC) se informan exclusivamente como muertes por Covid; y todos esos datos dependen de cómo los hospitales "codifican" la muerte. Si todas las muertes están codificadas como muertes por Covid, entonces los datos de mortalidad de los CDC se compilan en base a líneas de base falsas.

Un artículo reciente sugiere que en muchos países, las muertes por Covid se han informado en exceso, mientras que en otros, es posible que no se hayan informado. El estudio afirma que el recuento excesivo de muertes probablemente ocurrió en varios países, y lo más probable es que siga ocurriendo, específicamente en países con "pruebas intensivas y alta sensibilización y / o incentivos para los diagnósticos de Covid-19". En el otro lado de la moneda, en otros lugares, como África, por ejemplo, ha habido una aparente falta de información. El documento también señala que la atribución de muertes en el

caso de Covid necesita "mucha precaución", y que las estimaciones de muertes en exceso están sujetas a una cantidad sustancial de variabilidad y también incluyen los efectos indirectos de la pandemia, así como los efectos de las medidas tomadas. Según el estudio; se sabe que los certificados de defunción, incluso antes de Covid, son propensos a errores. Agregue una pandemia con pautas poco claras sobre lo que es una muerte por Covid, y el problema empeora. Además, la forma en que se definen las muertes por Covid-19 no es estándar en todos los países, y el estudio señala que Covid-19 es una "sindemia" en la que la mayoría de las muertes ocurren en personas con varias enfermedades subyacentes.

En Perú, la cifra oficial de muertos fue revisada en junio de 69 342 a 185 380, luego de que el gobierno ordenara una revisión científica de los registros médicos. El nuevo recuento incluyó muertes sin pruebas o pruebas negativas. En junio de 2020, Salud Pública de Toronto (Canadá) tuiteó que: "Las personas que han muerto con Covid-19, pero no como resultado de Covid-19, se incluyen en el recuento de casos de muertes por Covid-19 en Toronto". El Dr. Ngozi Ezike, Director del Departamento de Salud Pública de Illinois, señaló que todas las personas que fallecen y dan positivo en la prueba de Covid-19, independientemente de la causa de la muerte, se marcarán como una muerte de Covid-19.

En Alemania el 80% de las muertes atribuidas a la Covid se deberían a otras causas, señalan investigadores independientes. El director del instituto independiente de investigación en salud IGES de Berlín, Dr. Bertram Häussler, señala que es probable que el 80% de las muertes por Covid notificadas en Alemania por el Instituto Robert Koch (RKI, por la sigla en alemán), sean atribuibles a otras causas. "Hemos determinado que en un 80% de las muertes oficiales por Covid notificadas desde principios de julio, la infección subyacente se remonta a más de cinco semanas y, por tanto, hay que suponer que [el virus] Covid no fue la verdadera causa de la muerte". Unos 3.8 millones de personas sobrevivieron a la Covid o virus PCCh (Partido Comunista de China) y los cálculos matemáticos señalan que de ellas unas 100 morirían cada día por causas habituales de muerte. "Ahora sucede que esos casos se asignan a una infección de Covid, según los reportes del departamento de salud desde hace meses". "Se han reportado más muertes de las que realmente han sido causadas por Covid". El Dr. Häussler señala que el RKI sabe de la inexactitud de sus datos, y no hace nada por corregir esa situación: "Pero quieren asegurarse de que no falte ninguna muerte de Covid en las estadísticas. Ante la masificación de este tipo de informes, las estadísticas de mortalidad están cada vez más distorsionadas".

Covid-19 no es más mortal que la gripe A MENOS QUE se haya "vacunado"; en cuyo caso puede ser más peligroso. La "vacuna" es ineficaz para detener la enfermedad grave de Covid y, según sugieren los datos, en realidad puede empeorar las cosas, creando una necesidad perpetua de modificaciones continuas de refuerzo para contrarrestar el problema inicial.

Un nuevo informe del Instituto Superior de Salud de Italia proporciona un análisis objetivo del engañoso recuento de muertes por Covid-19 de la nación. El recuento oficial de muertes por Covid de Italia aumentó a 132 161 en octubre de 2021. Este recuento no es realista porque el Covid-19 se diagnosticó apresuradamente y en condiciones de soborno financiero utilizando criterios de diagnóstico no específicos. Covid-19 a menudo se enumeraba como la causa de muerte cuando simplemente se "sospechaba" y cuando "no se podía descartar".

Después de una revisión cuidadosa de los informes médicos, resulta que las infecciones respiratorias pueden haber sido un factor contribuyente, pero no causaron la mayoría de estas muertes por Covid-19 directamente. Varias formas de negligencia médica, tratamiento retenido, aislamiento inhumano, desnutrición y estándares de atención poco éticos están en la raíz de esta crisis médica mundial. Las muertes son reales, pero las causas están sesgadas.

Redujo el recuento de muertes por Covid-19 en Italia en un 97.1% y proporcionó una imagen más precisa de por qué estas personas murieron en el hospital. Solo 3783 casos pudieron correlacionarse directamente con un diagnóstico de Covid-19. Porque la prueba de PCR (que fue diseñada para detectar Covid-19) fue calibrada de manera fraudulenta desde el principio, incluso estos 3783 casos de Covid-19 son sospechosos. Los síntomas de una infección respiratoria podrían haber sido el resultado de cualquier cantidad de infecciones que matan a las personas cada año, ya sea influenza, tuberculosis, neumonía u otras innumerables infecciones del tracto respiratorio superior e inferior. Las infecciones virales no tienen el mismo efecto en una persona a otra debido a varios factores subyacentes, incluido el terreno celular y microbiológico, por lo que es extremadamente difícil diagnosticar con precisión una infección respiratoria específica y cuantificar la carga viral.

Según este nuevo análisis, "***solo" el 2.9% de las muertes registradas desde finales de febrero de 2020 han sido causadas por el "nuevo" coronavirus del SARS que*** nunca ha sido aislado de humanos y replicado en muestras de tejido humano. Las infecciones respiratorias anuales, las infecciones bacterianas resistentes a los antibióticos, los errores médicos y otras emergencias médicas agudas que generalmente causan hacinamiento en los hospitales se utilizaron como propaganda para aterrorizar y defraudar al mundo para que se encierre perpetuamente.

El recuento de muertes por Covid-19 incluyó a italianos que padecían de una a cinco enfermedades crónicas subyacentes; muchos estaban tomando medicamentos inmunosupresores, y un cierto porcentaje murió por emergencias médicas que no tienen ninguna relación con el Covid-19. El 67.7% padecía más de tres enfermedades crónicas que no se habían resuelto con la medicina moderna. Los italianos que ya padecían enfermedades crónicas sufrieron aún más neumonía asociada al ventilador y daño pulmonar asociado al ventilador.

Uno de cada diez de los pacientes fallecidos sufrió un derrame cerebral; El 65.8% de los italianos tenía hipertensión arterial y tomaba fármacos inmunosupresores; El 15.7% padecía insuficiencia cardíaca; El 28% tenía cardiopatía isquémica; y el

24.8% padecía fibrilación auricular. Al menos el 17.4% ya tenía los pulmones enfermos. Muchos (el 29.3% tenían diabetes y otras dolencias metabólicas) que afectaron drásticamente su respuesta inmunitaria. Hubo varios pacientes (16,3%) que estaban en su lecho de muerte, luchando con la quimioterapia inmunosupresora y los medicamentos de radiación que se sabe que hacen que las personas sean susceptibles a cualquier infección respiratoria. Estos pacientes con cáncer habían estado lidiando con el cáncer durante los últimos cinco años, con una tasa promedio de supervivencia a la quimioterapia de tres a cinco años llegando a su fin. Otro 23.5% estaba luchando contra la demencia y su vida estaba llegando a su fin.

El año pasado ***sólo un 2% de las personas hospitalizadas en*** Francia ***tenían relación con el coronavirus***, según los datos de la ATIH (Agencia Técnica de la Información sobre Hospitalizaciones), encargada de recopilar todos los datos sobre los ingresos hospitalarios.

El porcentaje sube al ***5% en el caso de ingresos en las unidades de cuidados intensivos***. ***La mayor parte de los ingresados eran personas de edad avanzada y con patologías previas***.

En total, en Francia fueron hospitalizados 218 000 pacientes por coronavirus durante el año pasado. Los pacientes "con Covid" representan el 2% de todos los pacientes hospitalizados en 2020, en todos los ámbitos hospitalarios combinados.

Los hospitalizados no lo fueron sólo por "Covid" ya se apreciaron 18 tipos distintos de patologías entre ellos. ***El 72% tenían una o más enfermedades preexistentes***. ***Más de la mitad de los hospitalizados y diagnosticados como "Covid" tenían un factor de riesgo cardiovascular***, siendo los más comunes la hipertensión y la diabetes (que afectan al 39% y al 23% de los pacientes hospitalizados, respectivamente). El 15% de los pacientes diagnosticados como "Covid" en los hospitales ***padecían una patología respiratoria crónica preexistente***. ***Una cuarta parte de los pacientes hospitalizados sufría alguna carencia*** (desnutrición, anemia crónica, deficiencia de vitamina D).

En el Reino Unido, desde el 7 de marzo de 2020 ha habido 250 725 muertes ocurridas en el hogar hasta el 27 de agosto de 2021, un aumento de 68 411 en el promedio de los 5 años anteriores. Pero solo 8249 de estas muertes están asociadas con la supuesta enfermedad Covid-19. Los datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales nos muestran que se han producido un exceso de muertes en el hogar todas las semanas entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, pero no se puede decir lo mismo de los hospitales o residencias de ancianos. En cambio, el exceso de muertes solo ha ocurrido en estos dos lugares en línea con la primera, segunda y tercera oleadas de supuestas muertes por Covid-19.

Las presuntas muertes por Covid-19 representan el 26% de todas las muertes en hospitales entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, mientras que el exceso de muertes en el hospital representa el 17% de todas las muertes en

exceso que se han producido dentro del mismo período de tiempo. Las presuntas muertes por Covid-19 representan el 17% de todas las muertes en hogares de ancianos entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, mientras que el exceso de muertes en hogares de ancianos representa el 21% de todas las muertes en exceso que se han producido dentro del mismo período de tiempo. Por lo tanto, podríamos creer que las muertes ocurridas en el hogar seguirían un patrón similar, pero la realidad está lejos de serlo. Las presuntas muertes por Covid-19 representan solo el 3% de todas las muertes en el hogar entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, mientras que el exceso de muertes en el hogar representa un enorme 62% de todas las muertes en exceso que se han producido dentro del mismo período de tiempo.

En marzo de 2020, se cancelaron más de 2 millones de operaciones para supuestamente liberar camas durante al menos tres meses para supuestos pacientes de Covid-19. No es difícil calcular el efecto de golpe que esto tendría en la salud de aquellos a quienes se cancelaron sus operaciones. Luego también tenemos el hecho de que los médicos de cabecera se negaron a participar en las consultas presenciales, prefiriendo en cambio realizarlas por teléfono o por videollamada. Por supuesto, esto habrá dado lugar a un diagnóstico perdido de una enfermedad grave que resulte en muertes que de otro modo no se habrían producido. Desde el inicio de la supuesta pandemia, el número de personas que esperan recibir tratamiento del NHS en Inglaterra ha aumentado en al menos una quinta parte. 5.3 millones de personas esperaban tratamiento en mayo de 2021. Se ha producido un aumento particularmente pronunciado en el número de personas que esperan más de un año, lo que ha provocado una preocupación generalizada por la magnitud del "retraso" del NHS.

Un atraso de ese tamaño, por supuesto, conducirá a una serie de muertes en el hogar que de otra manera no se habrían producido. Sin embargo, Sajid Javid, el secretario de Salud y Atención Social, advirtió que "va a empeorar mucho antes de mejorar" y podría crecer a 13 millones. Por lo tanto, es posible que podamos esperar que el exceso de muertes en hogares privados continúe durante algún tiempo. El problema de esto es que el miedo que lograron inculcar en la población en general llevó a muchos a no querer buscar atención médica por temor a ser una carga para el NHS, o contraer el virus si salen de su casa, que no tiene La duda conduce a muchas muertes innecesarias que ocurren en hogares privados.

El hecho de que el 62% de todas las muertes en exceso en los últimos 18 meses hayan ocurrido en el hogar, un total de 68 411 y solo el 3% de ellas, un total de 8249 tuvieron algo que ver con Covid-19, ciertamente sugiere que las actuaciones del Gobierno han causado más daño que la supuesta enfermedad de Covid-19, y las cosas no muestran signos de mejorar a corto plazo.

Recientemente se supo sobre una solicitud de la Ley de Libertad de Información (FOIA) publicada a fines de 2021 en el Reino Unido. Los documentos oficiales del gobierno decían que 17 371 era el número total de personas que murieron 'de Covid' sin tener otras condiciones preexistentes en toda Inglaterra y toda Gales desde principios de 2020 hasta finales de septiembre de 2021. Ahora, nos

encontramos con otra solicitud que se publicó el 17 de enero de 2022 que muestra que solo han habido 6183 muertes relacionadas únicamente con el Covid en toda Inglaterra y toda Gales entre febrero de 2020 y diciembre de 2021.

La conclusión principal aquí es que ***la cantidad de muertes atribuidas únicamente a la Covid en el Reino Unido es exponencialmente menor que la cantidad de muertes que tienen causas subyacentes enumeradas en el certificado de defunción junto con Covid*.**

Por otro lado, el gobierno del Reino Unido, en abril del 22, afirmó ***que más de 160 000 personas habían muerto de Covid-19 en Inglaterra desde marzo de 2020***, y han utilizado estas supuestas muertes para asustar a las personas para que cumplan con reglas ridículas durante los últimos dos años.

Pero los informes publicados por el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra revelan ***que a 20 de abril de 2022, solo 5115 personas han muerto de Covid-19 en Inglaterra desde que comenzó la supuesta pandemia***. Y los mismos informes también revelan que ***las muertes por Covid-19 han aumentado en un 176% en comparación con la cantidad de supuestas muertes que ocurrieron antes de que se administrara la primera inyección antiCovid-19 en Inglaterra***. ¿Es esto lo que esperaríamos ver si los sueros son 95% efectivos para prevenir la muerte?

El NHS, ha estado publicando un informe semanal sobre la cantidad de muertes por Covid-19 que se han producido en los hospitales de Inglaterra desde el comienzo de la supuesta pandemia de Covid-19. Aquí está la tabla tomada del informe 'Muertes totales por Covid-19 - resúmenes semanales' publicado el 21 de abril de 2022:

El informe nos muestra que el NHS afirma que 114 721 personas han muerto en hospitales en Inglaterra después de dar positivo por Covid-19 desde marzo de 2020. Pero lo que sorprende aquí es la cantidad extremadamente baja de personas que no tenían condiciones preexistentes y han muerto de Covid-19.

De las 114 721 muertes, solo 5115 se han atribuido ***únicamente a Covid-19, y 109 606 muertes*** ocurrieron ***entre personas que padecían afecciones preexistentes***, como enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica y enfermedad cardíaca, entre otras.

Esto equivale ***a que solo el 4.45% de todas las supuestas muertes por Covid-19 desde marzo de 2020 se deban únicamente a Covid-19***. Sin embargo, el gobierno del Reino Unido afirma que más de 150 000 personas han muerto de Covid-19 en Inglaterra dentro de los 28 días posteriores a una prueba positiva desde marzo de 2020.

Las muertes por Covid-19 entre personas con condiciones preexistentes han aumentado ***en un 163%, y las muertes únicamente por Covid-19 han*** aumentado ***en un 176% desde que se administró la primera inyección contra Covid-19 en el Reino Unido***.

Veamos un gráfico que muestra el aumento de las muertes por Covid-19 por grupo de edad. Lo que es interesante aquí es que ***cada grupo de edad ha visto un** mayor aumento **en las muertes únicamente debido a Covid-19, que las muertes por Covid-19 junto con condiciones preexistentes***.

Por otro lado, un estudio publicado por la Universidad de Oxford muestra que ***las muertes por Covid-19 en el Reino Unido han sido gravemente mal informadas por el gobierno del Reino Unido durante la pandemia***.

El estudio, que en gran medida no ha sido informado por los principales medios de comunicación, utilizó datos obtenidos de 800 solicitudes de libertad de información (FOI) solicitadas por 90 personas, que abarcan 2020-2021.

Encontró que el gobierno ***no tenía una definición consistente para las muertes por Covid-19 ni para las muertes relacionadas con Covid-19***. Había 14 formas diferentes de describir una muerte por Covid, que incluían "Covid subyacente", "involucrando a Covid", "debido a Covid" y "murió dentro de los 28 o 60 días de una prueba positiva".

En otras palabras, ***durante toda la pandemia, no había forma de** saber **si una muerte era por Covid-19***. De hecho, el estudio muestra que ***hubo personas que dieron negativo en la prueba de Covid, pero aun así se contaron como muertes por Covid-19***.

Además, hubo al menos 1304 muertes en hogares de ancianos para los cuales ***los certificados de defunción** enumeraron **solo "Covid-19", sin ninguna cadena de causalidad ni ningún otro factor contribuyente***.

El estudio cita otra investigación que muestra que ***el 82% de los certificados de defunción "contenían uno o más errores"***.

En Islandia, un estudio de 433 autopsias mostró que ***el 50% de los certificados de defunción mostraban discrepancias y el 25% había enumerado la causa inmediata de la muerte de forma totalmente incorrecta***.

Además, se descubrió que ***había médicos diagnosticando a pacientes de hogares de ancianos como Covid-19 positivos a través de videollamadas***.

"***La falta general de consistencia ha confundido al público y probablemente condujo a conclusiones erróneas***", dice el estudio.

El Dr. Kieran Moore, director médico de Ontario, explicó recientemente que ***hasta el 50% de las "hospitalizaciones por Covid" no son consecuencia de esta enfermedad***. Muchas personas que acuden por otros problemas y que resultan positivas se añaden al recuento de hospitalizaciones por Covid. ***El recuento de muertes también puede ser** engañoso**, ya que no se sabe con certeza si las personas murieron a causa de la Covid, o simplemente con la Covid***.

En su propio sitio web, el gobierno de Ontario afirma lo siguiente en sus notas a pie de página (nº 7):

"Cualquier caso marcado como 'fatal' se incluye en los datos de muertes. Las muertes se incluyen independientemente de que se haya determinado que la Covid-19 es una causa contribuyente o subyacente de la muerte".

Esto significa que ***algunas muertes***, no sabemos cuántas, ***que se produjeron como resultado de otra cosa y no de Covid, se han añadido al recuento de muertes de Covid***. Existe un gran potencial para inflar las cifras de forma engañosa.

La declaración de Salud Pública de Ontario se hace eco de las declaraciones realizadas en múltiples ocasiones por los organismos y el personal de salud pública de Canadá. Según la asesora principal de comunicaciones del Ministerio de Salud de Ontario, Anna Miller:

"Como resultado de cómo las unidades de salud registran los datos en las bases de datos de información de salud pública, el ministerio no puede separar con precisión cuántas personas murieron directamente a causa de Covid de las que murieron con una infección de Covid".

El Ministro de Sanidad de Nueva Gales del Sur, Brad Hazzard, confiesa que ***la mitad de los que figuran en las estadísticas diarias simplemente dan positivo en controles rutinarios de "Covid" tras haber sido ingresados por fracturas de huesos, dolores de parto o incluso problemas de salud mental***.

La Sanidad de Queensland cometió un "error" similar.

El Primer Ministro, Dominic Perrottet, que a menudo dice que hay que tener en cuenta la tasa de hospitalización y las muertes como verdadero indicador del impacto de la enfermedad, en lugar de las cifras brutas de casos, ha pedido que se establezca una definición uniforme de las hospitalizaciones por el "Covid".

"Hay personas que se cuentan como hospitalizadas por Covid. No fueron allí por Covid. Fueron allí por alguna otra razón y por eso fueron ingresados, y se les han hecho pruebas cuando están allí y se ha descubierto que tienen Covid", declaró al programa Today Show.

"Así que tenemos que conseguir una definición estándar sobre eso porque estas son las cosas clave que tenemos que rastrear ahora".

"Una proporción razonable de los casos que se clasifican como hospitalizaciones por Covid, son en realidad personas con otros motivos de ingreso", declaró Hazzard. "Los ataques al corazón, los partos, las caídas, nada de eso se detiene sólo porque haya Covid. Llegan al hospital, se les toma una muestra y se confirma el Covid".

“Esto nos muestra que el virus, necesariamente no es la razón principal de todos los ingresos”.

Queensland Health también reconoció que puede haber personas que se presenten en el hospital por otro motivo y luego acaban dando también positivo en una prueba de “Covid”, registrándose como tales en sus informes.

Como explica Robyn Cosford, especialista en medicina nutricional y ambiental, las estadísticas de muertes por Covid muestran que ***las afirmaciones históricas de que había una pandemia mortal en Australia estaban completamente equivocadas***.

Los datos de ABS registran que 2639 muertes fueron personas que murieron "con o por" Covid-19 antes del 31 de enero de 2022. Eso equivale ***a menos del 0.9% de la mortalidad total en Australia***. ***De ese 0.9%, solo el 8.6% murió "a causa" del virus: es decir, tenían Covid como lo único en sus certificados de defunción***. ***El 91.4% restante tenía otras*** condiciones***, generalmente preexistentes. Deja una cifra de 226 personas que murieron solo por Covid, que es el 0.07% de la población, o*** 7 de cada 10 000 personas. ***Nunca fue una pandemia***. Quizás es por eso que ABC, la emisora nacional, informa mal y miente sobre el número de muertos.

Los datos de la ABS sobre la edad de las personas que mueren con o por Covid también son reveladores. Como explica Cosford, ***la edad media de mortalidad en Australia es de 83.7 años: 81 para los hombres y 86 para las mujeres***. Según un informe de ABS, ***la edad promedio de quienes murieron a causa de Covid-19 fue de 83.7 años (81.2 años para los hombres, 86.0 años para las mujeres). Casi exactamente lo*** mismo, en otras palabras.

En los Estados Unidos, el 95% de las personas que han muerto ‘con Covid-19’ han tenido al menos una comorbilidad enumerada como causa de muerte. El promedio es de cuatro comorbilidades. En Ontario, Canadá, las autoridades sanitarias han admitido marcar las muertes como muertes por Covid cuando ni siquiera está claro si la causa fue Covid.

En los primeros meses del 2020, en Estados Unidos, muchos en los principales medios de comunicación calificaron entre risas las preocupaciones de que se reportaron más muertes por Covid-19 de las que podrían atribuirse como una "conspiración de cantidad de muertos". Rolling Stone reportó que los republicanos conservadores y las personas "anti-vacunas" lideraron este movimiento al creer que las cifras se alteraron.

Sin embargo, unos pocos meses después los datos confirmaron lo que muchas personas ya sabían: ***la cantidad de personas que murieron “por” Covid-19 no fueron las mismas que las que murieron “con” Covid-19***. La diferencia no es mínima.

En julio de 2021, los condados de Santa Clara y Alameda en California analizaron la cantidad de personas que murieron por Covid-19. Santa Clara encontró una

gran diferencia. Los datos no cambiaron. La cantidad de muertes reales no cambió. Pero las autoridades descubrieron que el 22% de las muertes registradas por Covid-19 no se atribuían al virus.

Las nuevas cantidades se generaron al contar solo a las personas cuya causa de muerte fue "por" el virus. Dejaron a las personas que dieron positivo en el momento de la muerte, pero cuya causa de muerte no fue el resultado de una infección por SARS-CoV-2. El mes anterior, el condado de Alameda relató sus muertes y reportó una disminución del 25%.

La Dra. Mónica Gandy es experta en enfermedades infecciosas en la Universidad de California en San Francisco. Cree que es importante tener un conteo preciso de la causa de la muerte. Habló con un reportero de CBS KPIX San Francisco y creía con bastante optimismo que los CDC "pronto podrían pedir a todos los condados que hagan lo mismo que los condados de Alameda y Santa Clara y que el país también podría ver menos casos de muertes por Covid-19".

El Dr. Caruso cree que al principio del proceso y a nivel local, es posible que los certificados de defunción se completen con precisión. Pero luego, a nivel estatal o federal, existe la posibilidad de que las agencias hagan pruebas de Covid con referencias cruzadas contra los certificados de defunción. Cualquier persona que haya dado positivo en la prueba se considera como una muerte relacionada con la Covid, sin importar la forma en que murió.

Merrit Linke es el presidente de la Junta de Comisionados de Grand Country. Él y los otros comisionados redactaron y firmaron una carta que se envió al gobernador de Colorado. La carta decía: "Hey, estas cantidades son incorrectas. No están bien. Deberíamos informarlos de forma correcta, así que, por favor, corríjalos".

El problema de contar de forma incorrecta las muertes relacionadas con la Covid continúa. De acuerdo con las declaraciones que hizo la Dra. Rochelle Walensky, directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, parece que los CDC manipulan las estadísticas para crear una impresión falsa e inexacta.

En una rueda de prensa de la Casa Blanca del 16 de julio de 2021, se afirmó que "más del 97 % de las personas que ingresan al hospital en este momento están sin vacunar". Unas semanas después, reveló sin querer cómo los CDC obtuvieron esa estadística.

Los CDC tomaron los datos de hospitalización y mortalidad desde enero hasta junio de 2021 para llegar a esta conclusión. Sin embargo, durante este período de tiempo, la mayoría de las personas en los Estados Unidos no se "vacunaron", por lo tanto, la mayoría de las personas hospitalizadas o fallecidas no habían recibido la "vacuna".

La forma más nueva en que los CDC juegan con las estadísticas es al ***considerar a cualquier persona que haya muerto dentro de los primeros 14 días posteriores a la "vacuna" como una muerte en una persona sin***

"vacunar". Esto no solo altera la cantidad de muertes en personas sin "vacunar", sino que también reduce la cantidad de personas que mueren como resultado de la "vacuna" de terapia génica.

La mayoría de las muertes por las "vacunas" antiCovid ocurren ***dentro de las primeras 2 semanas. Estas muertes ahora se registran como una muerte de personas sin "vacunar" por Covid, en lugar de contabilizarse como una muerte relacionada con una infección o una lesión por la "vacuna".***

Esto podría relacionarse con el hecho de que las agencias de salud pública estaban al tanto de los efectos secundarios que se esperaban de la "vacuna" y que pudieron haber determinado que eran pérdidas aceptables.

En un estudio, analizaron los registros electrónicos de casi 50 000 ingresos hospitalarios por Covid-19 en los más de 100 hospitales de veteranos de todo el país. A continuación, comprobaron si cada paciente requería oxígeno suplementario o tenía un nivel de oxígeno en sangre inferior al 94% (este último criterio se basa en la definición de "Covid-19 grave" de los Institutos Nacionales de Salud). Si se cumplía alguna de estas condiciones, los autores clasificaron a ese paciente como con enfermedad de moderada a grave; de lo contrario, el caso se consideró leve o asintomático. El estudio descubrió que desde marzo de 2020 hasta principios de enero de 2021, antes de que se generalizara la "vacunación" y antes de que llegara la variante Delta, la proporción de pacientes con enfermedad leve o asintomática fue del 36%. Sin embargo, desde mediados de enero hasta finales de junio de 2021, esa cifra aumentó al 48%. En otras palabras, ***el estudio sugiere que aproximadamente la mitad de todos los pacientes hospitalizados que aparecen en los tableros de datos de Covid en 2021 pueden haber sido admitidos por otra razón, o sólo tenían una presentación leve de la enfermedad***. Este aumento fue aún mayor en el caso de los pacientes hospitalizados "vacunados", de los cuales el 57% tenía una enfermedad leve o asintomática. Los ancianos registrados como fallecidos por Covid-19 en una residencia canadiense murieron en realidad de sed y desnutrición, dijo una investigación forense.

Según Shira Doron, médico especialista en enfermedades infecciosas y epidemióloga hospitalaria del Centro Médico Tufts, en Boston, y una de las coautoras del estudio, este último hallazgo puede explicarse por el hecho de que los pacientes no "vacunados" en la era de la "vacuna" tienden a ser una cohorte más joven que es menos vulnerable a la Covid y puede ser más probable que se haya infectado en el pasado. La idea en la que se basa el estudio y lo que investiga es importante, dice Graham Snyder, director médico de prevención de infecciones y epidemiología hospitalaria del Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh. Daniel Griffin, especialista en enfermedades infecciosas de la Universidad de Columbia, dice que el uso de otras métricas para la gravedad de la enfermedad, como los ingresos en cuidados intensivos, presenta diferentes limitaciones. Por un lado, los distintos hospitales utilizan criterios diferentes para admitir a los pacientes en la UCI. El estudio sugiere que **los recuentos de hospitalización del Covid no pueden tomarse como una simple medida de**

la prevalencia de la enfermedad grave o incluso moderada, porque *podrían inflar las cifras reales por un factor de dos*.

Ahondando en lo anterior y mirando hacia la "vacunación", un documento destaca una "***fuente alarmante de sesgo o corrupción potencial***" recientemente descubierta en el informe de vigilancia de "vacunas" Covid-19 de la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) (algo que podríamos hacer extensivo a muchos otros organismos oficiales alrededor del mundo). Esto ha llevado a los autores del artículo a concluir que ***la ONS debería*** retirar ***públicamente su conjunto de datos y piden la retractación de cualquier reclamo hecho por otros que se basen en él***.

Según Craig et al., la Oficina de Estadísticas Nacionales ha estado bajo presión para publicar un conjunto de datos de muertes después de la "vacunación". Aunque ONS había prometido al principio publicar estos datos en marzo de 2021, no publicaron ningún dato hasta seis meses después y desde entonces ha habido actualizaciones en noviembre de 2021, diciembre de 2021 y febrero de 2022.

La razón de la presión sobre la ONS para que divulgue estos datos probablemente sea con la intención de tranquilizar al público de que la "vacunación" no ha causado ningún daño. Sin embargo, para brindar esa tranquilidad, la precisión de cualquier dato que pretenda mostrar la efectividad o seguridad de la "vacuna" Covid-19 depende de manera crítica de la precisión de cuatro mediciones:

- Personas clasificadas como portadoras de la enfermedad
- Estado de "vacunación"
- Muertes reportadas
- La población de "vacunados" y no "vacunados" (los llamados 'denominadores').

Los errores en cualquiera de estos podrían socavar las afirmaciones de eficacia o seguridad de la "vacuna". ***Se han*** identificado ***anomalías en las muertes de ONS del gobierno del Reino Unido por datos de estado de "vacunación", específicamente que algunas muertes que*** ocurren ***poco después de la "vacunación" se clasifican erróneamente como no "vacunadas" fallecidos***.

Se identificaron más problemas recientemente que parecen explicar las anomalías en los datos de la ONS: ***el total de muertes reportadas por la ONS es*** significativamente ***más bajo de lo esperado en comparación con otros conjuntos de datos del gobierno, incluso teniendo en cuenta el hecho de que la ONS usa solo un subconjunto de la población***.

Se ha demostrado en una investigación exhaustiva que el ***aumento de la mortalidad no relacionada con Covid de los no "vacunados" que coincide con la implementación máxima de la "vacuna" en cada categoría de edad por separado es compatible con un retraso en los datos o una categorización errónea de los datos***. Algunos (incluidos los mismos ONS)

afirmaron que la explicación era un efecto de "vacunado saludable". Lo que encontraron a través de este análisis fue que los datos no respaldan este efecto de "vacunado saludable".

Descubrieron que la escala del conteo insuficiente es equivalente a la cantidad de muertes que se esperaba que ocurrieran dentro del período de dos semanas inmediatamente después de la "vacunación". ***Solo las muertes que ocurrieron durante la tercera semana posterior a la "vacunación" coinciden con los recuentos históricos esperados de muertes no Covid y los recuentos de muertes concurrentes Covid, esto es cierto en los grupos de edad 60-69, 70-79 y 80+***.

Comparando la población en el conjunto de datos de ONS y el conjunto de datos de "vacunación" de UKHSA, NIMS (Sistema Nacional de Gestión de Inmunizaciones), encontraron ***evidencia de que a la población que aparece en el conjunto de datos de ONS le faltan millones de personas categorizadas como dentro 21 días de "vacunación" con la primera dosis, que están presentes en el conjunto de datos NIMS***.

El número que falta excede lo que se esperaría en función de la proporción de la población total no incluida en la muestra. ***Estos sesgos parecen ser*** sistemáticos ***y cubren muertes por Covid y no Covid***.

Los recuentos de muertes registrados para Inglaterra también se compararon con el conjunto de datos de la ONS y se encontró que ***faltaban 13 593 muertes en el conjunto de datos de la ONS*** (teniendo en cuenta el hecho de que la ONS usa solo un subconjunto de la población).

La tasa de mortalidad en la población "vacunada" no "vacunada" omitida ***del conjunto de datos es desproporcionadamente alta en comparación con las normas históricas, mientras que la*** informada ***para los "vacunados" es desproporcionadamente baja***.

En resumen, ***tres nuevas pruebas clave sugieren que la ONS no ha informado con precisión las muertes y ha omitido las muertes que ocurrieron dentro de las dos semanas posteriores a la "vacunación".***

Como ha quedado demostrado, han "jugado" con muchos datos y en contra de lo que se cuenta con el discurso oficial para justificar la "vacunación" compulsiva de la población; la mortalidad del supuesto virus es bastante baja y por tanto, su peligrosidad también, no siendo mayor que la de una gripe común, y las cifras de fallecidos y hospitalizados con Covid están claramente infladas. Todo ello, transforma automáticamente en innecesaria la "vacunación" y más, cuando existen tratamientos alternativos mucho más eficaces que los sueros experimentales (como veremos a continuación). A todo esto, hay que sumar el hecho de que se están tapando lo eventos adversos derivados de las inoculaciones de los sueros experimentales, como demostraré más adelante, lo cual, también las transforma en peligrosas.

Alternativas a los sueros experimentales

Los diferentes ensayos clínicos en relación a la Covid que actualmente se están llevando a cabo, siguen líneas de investigación bastante variadas. Algunos ejemplos de esas líneas son los siguientes:

- *Medicamentos antivirales*: remdesivir, favipiravir, merimepodib, lopinavir, ritonavir, arbidol (umifenovir), ribavirina, interferones.
- *Antimicrobianos*: teicoplanina.
- *Terapia antiinflamatoria*: corticoesteroides, tocilizumab, anakinra, ciclosporina, colchicina.
- *Antitérmicos y antinflamatorios no esteroideos*: ibuprofeno, meloxican, paracetamol.
- *Antihipertensivos*: IECAs y ARA-II.
- *Estatinas.*
- *Calcifediol (vitamina D3 activada).*
- *Inmunoterapia*: bamlanivimab, etesevimab, casirivimab, imdevimab, terapia con inmunoglobulinas intravenosas (IVIG), terapia con plasma de convalecientes *(CP)*, terapia con anticuerpos monoclonales específicos (mAb), ensayos clínicos con anticuerpos monoclonales.
- *Antibióticos:* azitromicina.
- Inhibición de la replicación del genoma viral actuando sobre la ARN polimerasa: tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC), favipiravir.
- *Tratamientos antitrombóticos y anticoagulantes:* heparina de bajo peso molecular (HBPM).
- *Fármacos que se están evaluando y cuya eficacia es incierta:* amlodipino, losartán.
- *Fármacos para prevenir la Covid-19.*

Alternativas efectivas probadas

Dentro de todas esas líneas, aún cuando las autoridades han tratado de ocultarlas para favorecer la "vacunación" (1) (2); se han encontrado varias (individuales o mediante mezclas) cuya efectividad ya ha sido científicamente probada (1) (2) (3); Dr. Zalenko (zinc + hidroxicloroquina (baja dosis) + azitromicina) (1) (2) (3) (4); budesonida; cloroquina; telmisartan; dióxido de cloro (1) (2); eritromicina + azitromicina + claritromicina; remdesivir + dexametasona; baricitinib + remdesivir; [vitamina D, vitamina B6, vitamina D3, quercetina + vitamina C, glutatión, ivermectina ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)), betadine] (que también

podrían servir para prevenir), selenio de sodio (que ya se ha utilizado en el tratamiento y prevención de cánceres), curcumina, proxalutamida, artemisinina y proguanil (la artemisinina se usa en cuatro países para tratar la Covid. El más conocido que trata con la artemisinina es Madagascar). OM-85. Se ha demostrado que un aerosol nasal que contiene óxido nítrico reduce en un 95% la carga viral en los casos de Covid-19 en 24 horas y en un 99% en 72 horas. La investigación, publicada en el Journal of Infection, se encuentra ahora en ensayos clínicos de fase II. También se ha comprobado que otro aerosol para la boca y nariz, presenta buenos resultados, incluso para la prevención. De igual forma, el peróxido de hidrógeno nebulizado, también ofrece buenos resultados.

El protocolo MATH+ usa tres medicamentos, los cuales se deben iniciar dentro de las seis horas posteriores al ingreso en el hospital:

Metilprednisolona por vía intravenosa, para suprimir el sistema inmunológico y prevenir el daño a los órganos por las tormentas de citoquinas. Para la hipoxia leve, 40 miligramos (mg) al día hasta que no haya oxígeno; enfermedad moderada a grave, bolo de 80 mg seguido de 20 mg por día, durante siete días. El día 8, cambie a prednisona por vía oral y disminuya en los próximos seis días. El ácido ascórbico (vitamina C) por vía intravenosa, es necesario para controlar la inflamación y prevenir el desarrollo de vasos sanguíneos con fugas en los pulmones: 3 gramos/100 ml cada seis horas hasta por siete días. Heparina por vía subcutánea (enoxaparina), para diluir la sangre y prevenir la formación de coágulos sanguíneos. Para enfermedades leves a moderadas, 40 mg a 60 mg diarios hasta el alta.

Las opciones adicionales incluyen tiamina, zinc y vitamina D. Además de estos medicamentos, el protocolo necesita la oxigenoterapia nasal de alto flujo para evitar ***la ventilación mecánica, la cual daña a los pulmones y se relaciona con una tasa de mortalidad de casi el 90% en algunos centros*** como demuestra este artículo en el que se realizó un estudio de pacientes con Covid hospitalizados entre el 1 de marzo de 2020 y el 4 de abril de 2020 en instalaciones supervisadas por Northwell Health, el sistema de salud más grande del estado de Nueva York. Entre los 2634 pacientes cuyos resultados se conocieron, ***la tasa de mortalidad general fue del*** 21%***, pero aumentó al*** 88% ***para los que recibieron ventilación mecánica. En pocas palabras, la mayoría de los pacientes murieron después de ser*** colocados ***en un ventilador mecánico***.

Este enfoque aborda los tres procesos patológicos centrales que presenciamos en la Covid-19, la hiperinflamación, hipercoagulación de la sangre e hipoxia (dificultad para respirar debido a la baja oxigenación).

Existe abundante evidencia de que la hidroxicloroquina (HCQ) y la ivermectina pueden curar la Covid-19 si se siguen protocolos simples, lo que hace innecesarias las “vacunas”.

El 23 de marzo de 2020, el Dr. Vladimir Zelenko informó de que había tratado a unos 500 pacientes con coronavirus con HCQ y tenía una asombrosa tasa de éxito del 100%. "Desde el jueves pasado, mi equipo ha tratado aproximadamente a 350 pacientes en Kiryas Joel [Condado de Orange, NY] y otros 150 pacientes en otras áreas de Nueva York con el régimen anterior. De este grupo y de la información que me brindaron los equipos médicos afiliados, hemos tenido CERO muertes, CERO hospitalizaciones y CERO intubaciones. Además, no he oído hablar de ningún efecto secundario negativo que no sea aproximadamente el 10% de los pacientes con náuseas y diarrea temporales.Todo lo que estoy haciendo es reutilizar medicamentos antiguos disponibles, cuyos perfiles de seguridad conocemos, y usarlos en una combinación única en un entorno ambulatorio".

Sus críticos siempre se dirigen al estudio negativo realizado por el VA que muestra que HCQ era ineficaz; sin embargo, por razones políticas, a menudo se citan los resultados del estudio, ¡pero no el hecho de que no se siguieron los protocolos! El HCQ debe administrarse al comienzo de la enfermedad junto con azitromicina (o doxiciclina), y el zinc debe ser un salvavidas para los ancianos. Eso no se hizo. Los médicos esperaron demasiado. Los artículos críticos sobre HCQ a menudo mencionan que se usó en varios ensayos que fracasaron, pero se les olvida señalar que no usaron azitromicina. Otros ensayos no utilizaron zinc ordinario, pero ambos son necesarios para el éxito.

Harvey A. Risch, MD, Ph.D., profesor de epidemiología en la Escuela de Salud Pública de Yale, brindó información muy positiva sobre HCQ en Newsweek. El artículo de Newsweek fue similar a su artículo en el American Journal of Epidemiology:

"Como profesor de epidemiología en la Escuela de Salud Pública de Yale, soy autor de más de 300 publicaciones revisadas por pares y actualmente ocupo puestos de alto nivel en los consejos editoriales de varias revistas líderes. Por lo general, estoy acostumbrado a defender posiciones dentro de la corriente principal de la medicina, por lo que me ha desconcertado descubrir que, en medio de una crisis, estoy luchando por un tratamiento que los datos respaldan plenamente pero que, por razones que no tienen nada que ver con una correcta comprensión de la ciencia, se ha dejado de lado. Como resultado, decenas de miles de pacientes con Covid-19 están muriendo innecesariamente. Afortunadamente, la situación se puede revertir fácil y rápidamente.

"Me refiero, por supuesto, al medicamento hidroxicloroquina. Cuando este medicamento oral económico se administra muy temprano en el curso de la enfermedad, antes de que el virus haya tenido tiempo de multiplicarse sin control, ha demostrado ser muy eficaz, especialmente cuando se administra en combinación con los antibióticos azitromicina o doxiciclina y el suplemento nutricional zinc".

"El 27 de mayo, publiqué un artículo en el American Journal of Epidemiology (AJE) titulado 'Tratamiento ambulatorio temprano de pacientes sintomáticos y de alto riesgo con Covid-19 que deberían intensificarse inmediatamente como clave para la crisis pandémica'. Ese artículo, publicado en la principal revista de

epidemiología del mundo, analizó cinco estudios que demostraron beneficios claros y significativos para los pacientes tratados, además de otros estudios muy grandes que demostraron la seguridad de los medicamentos”.

“Desde la publicación de mi artículo del 27 de mayo, siete estudios más han demostrado un beneficio similar. En una extensa carta de seguimiento, también publicada por AJE, analizo estos siete estudios y renuevo mi llamado para el uso temprano inmediato de hidroxicloroquina en pacientes de alto riesgo. Estos siete estudios incluyen: 400 pacientes de alto riesgo adicionales tratados por el Dr. Vladimir Zelenko, con cero muertes; cuatro estudios que totalizan casi 500 pacientes de alto riesgo tratados en hogares de ancianos y clínicas en los EE. UU., sin muertes; un ensayo controlado de más de 700 pacientes de alto riesgo en Brasil, con riesgo de hospitalización significativamente reducido y dos muertes entre 334 pacientes tratados con hidroxicloroquina; y otro estudio de 398 pacientes emparejados en Francia, también con riesgo de hospitalización significativamente reducido”

Sin embargo, HCQ no es el único fármaco barato, seguro, eficaz y disponible. La edición del 1 de junio de 2021 de Desert Review informó un éxito increíble con otro fármaco común, la ivermectina, en pacientes con Covid en la capital de India, Delhi. Ese estado experimentó una disminución del 97% en Covid, mientras que los casos del estado de Tamil Nadu se triplicaron al más alto en la India sin él, ¡y sus muertes se multiplicaron por diez! Justus R. Hope, MD, escribió: “Es una reivindicación absoluta de la ivermectina y del tratamiento ambulatorio temprano. Es una clara refutación de las políticas de la OMS, la FDA, los NIH y los CDC de 'esperar en casa hasta ponerse azul' antes de recibir tratamiento".

El Dr. Brian Tyson, copropietario de All Valley Urgent Care en El Centro, California y el Dr. George Fareed, han tratado a más de 6200 pacientes con Covid y han incorporado la ivermectina a su régimen estándar desde octubre. "Dr. Fareed y yo hemos tratado a más de 6200 pacientes por Covid y no hemos perdido ni un solo paciente que fue tratado antes del día siete”, dijo Tyson en una entrevista con TheBlaze.

Hace poco, el portal Natural Product Insider dio a conocer los resultados de una investigación botánica en la que la Artemisia annua se eligió como la mejor la opción a base de hierbas para combatir el SARS-CoV-2.

La artemisia se ha estudiado como tratamiento para la intolerancia a la glucosa, las infecciones por VIH, las alergias al polen, la obesidad, la malaria y algunos tipos de cáncer. Pero hace poco, los investigadores comenzaron a estudiar las propiedades antivirales de la artemisia para tratar el Covid-19.

Los investigadores del Southwest College of Naturopathic Medicine en Tempe, Arizona, analizaron 30 hierbas con el fin de determinar el efecto que pueden producir para combatir el virus que causa los síntomas del Covid-19. Los investigadores extrajeron los compuestos a través de un disolvente de etanol al

70% e identificaron el metabolito artemisinina entre más de 600 metabolitos secundarios en la Artemisia annua.

La Dra. Johanne Gerstel, investigadora del Instituto Ric Scalzo, habló sobre los resultados: "Sabemos que hay actividad que inhibe el crecimiento del virus. Tenemos un compuesto novedoso que produce el efecto anticoronavirus".

Según el artículo de Natural Products Insider, primero, los investigadores identificaron el ajenjo dulce como una posible opción contra el Covid-19 y luego analizaron diferentes extractos de etanol para identificar aquellos con actividad positiva. También se analizaron disolventes para encontrar metabolitos de artemisinina que ayuden a combatir el virus.

Este no fue el primer estudio en determinar que la artemisinina produce un efecto contra el virus de SARS-CoV-2. Una revisión reciente de la literatura en las bases de datos en línea, como PubMed, NCBI, ResearchGate y Google Scholar, reveló que la Artemisia posee un potencial antiviral e inmunoestimulador contra el SARS-CoV-2.

Algunos países africanos tienen evidencia anecdótica de que un extracto de la planta ha ayudado a controlar los síntomas de la Covid-19 en su población. Además, varios estudios demuestran que la artemisinina ayuda a inhibir el supuesto virus.

Otro punto importante es que la planta tiene un alto contenido de zinc, galio y selenio. Se sabe que el zinc detiene la replicación del virus en la célula, el galio reduce las formas de citoquinas que promueven la respuesta inflamatoria y el selenio regula la concentración de linfocitos CD4.

Una colaboración entre investigadores de la Universidad de Columbia, la Universidad de Washington y el Instituto Politécnico de Worcester, demostró que un extracto acuoso caliente de Artemisia annua tenía actividad antiviral contra el SARS-CoV-2. Los extractos se analizaron en células humanas en las que se había propagado el supuesto virus.

Los investigadores utilizaron extractos de cuatro continentes diferentes, todos los cuales demostraron tener actividad antiviral contra el SARS-CoV-2. En junio de 2021, se publicó el estudio que reveló que el extracto acuoso caliente de Artemisia detuvo la replicación del virus, incluyendo dos nuevas variantes.

Aunque no impidió que el virus entrara en la célula, el extracto disminuyó la respuesta inflamatoria y bloqueó la infección después de que supuestamente entró. Además, en este estudio, el extracto de una muestra de hojas secas de más de 12 años siguió siendo efectivo.

Los datos revelaron que, en el estudio celular, las concentraciones podrían variar casi 100 veces y seguir siendo efectivas. En una entrevista para el canal Spectrum News 1, uno de los investigadores del Instituto Politécnico de Worcester dijo: "En este momento es muy importante, porque no tenemos

terapias, y parece que podría ser una terapia muy fácil de implementar a nivel mundial para ayudarnos a controlar esta horrible pandemia viral que está devastando a la India".

En agosto de 2021, la Organización Mundial de la Salud anunció que en la próxima fase del ensayo Solidarity, probaría tres nuevos medicamentos. Estos ensayos Solidarity que patrocina la OMS tienen como objetivo estudiar posibles medicamentos para las personas hospitalizadas por Covid grave. En agosto aprobaron los medicamentos artesunato, imatinib e infliximab. Cada uno de estos medicamentos se utiliza para tratar otros problemas de salud. El artesunato es un derivado de la artemisinina y se utiliza para tratar a malaria.

A finales de 2020 en el Reino Unido, en colaboración con la Universidad de Kentucky, realizaron ensayos en humanos con el fin de examinar la efectividad del producto Artemisia annua que se cultiva en Kentucky. En enero de 2021, Mateon Therapeutics que se encuentra en los Estados Unidos, se asoció con el fabricante de suplementos Windlas Biotech de la India y anunció un ensayo clínico que analizaría la seguridad y efectividad de otro suplemento de artemisinina.

El ensayo utiliza una cápsula de suplemento que contiene 500 mg de artemisinina purificada para combatir la Covid-19. El 9 de septiembre de 2021, se marcó como finalizado, pero aún no se han publicado los resultados. Si sus resultados son positivos, estos ensayos pueden significar el descubrimiento de un tratamiento contra la Covid-19 que cumple con muchos criterios, que incluyen ser accesible, relativamente económico, efectivo y que tiene un perfil de seguridad comprobado.

En mayo de 2020, el Dr. Kory testificó ante el Senado de los Estados Unidos y destacó la importancia de utilizar esteroides durante la fase hospitalaria de esta infección. En ese momento, todavía trabajaba para la Universidad de Wisconsin. Su fecha de renuncia aún no llegaba y "estaban muy enojados porque yo hablaba en público y daba mi opinión".

Esto es increíble, porque cuando una persona es un experto en el campo, "es responsable de compartir sus conocimientos y experiencias", dice. "Sin embargo, estaban muy enojados de que yo hiciera eso".

Siete semanas después, justificaron las opiniones del Dr. Kory cuando salieron los resultados del ensayo British Recovery que demostraban los beneficios de los corticosteroides. Desde entonces, los esteroides se han convertido en parte del estándar de atención en la fase hospitalaria.

Los esteroides son una herramienta muy efectiva para reducir la inflamación, pero parecen muy importantes para tratar la infección avanzada por Covid. Un amigo cercano contrajo un caso muy grave de Covid-19 y empeoró a pesar de tomar todo lo que le recomendé.

Conocía al Dr. Peter McCullough, por lo que le envió un mensaje de texto y le dijeron que agregara prednisona y aspirina a su régimen actual. Mejoró tan pronto como tomó la prednisona.

El Dr. Kory dice que esta es una experiencia común. Es importante destacar que la evidencia demuestra que cuando los corticosteroides se utilizan a tiempo y durante una infección leve, hacen más daño que bien. Pero una vez que la enfermedad avanza y el paciente comienza a presentar un trastorno pulmonar o a requerir oxígeno, los esteroides son fundamentales y tienen el potencial de salvar vidas.

Una de las razones de esto es que la infección por SARS-CoV-2 causa una inflamación muy compleja. El Dr. Kory dice que la Covid-19 severa es un síndrome que activa los macrófagos. Los macrófagos hiperinflamatorios (un subtipo de macrófagos) son los encargados de dañar los órganos. Por lo tanto, debe utilizar medicamentos que limiten su actividad o que los conviertan en macrófagos hipoinflamatorios.

Lo más importante es utilizar los esteroides en el momento correcto, ni demasiado temprano ni demasiado tarde, según el margen de Goldilocks. No existen reglas estrictas para eso, ya que cada paciente es diferente, pero como regla general, NO lo use hasta que los síntomas empeoren o cuando presente problemas para respirar.

El protocolo ambulatorio del Dr. Kory incluye prednisona el día siete, ocho o nueve, siempre y cuando no vea una mejoría. Es importante NO utilizarla al principio del curso de la enfermedad, ya que empeorará la infección al aumentar la reproducción viral.

La dosis recomendada es de 1 miligramo de prednisona o metilprednisolona por kilogramo de peso corporal. Cuando utiliza metilprednisolona (Medrol) (la cual prefiere el Dr. Kory porque las concentraciones en el tejido pulmonar son más altas que la prednisona) debe dividirla en dos dosis diarias. El Dr. Kory no recomienda utilizar dexametasona, ya que no funciona tan bien para las enfermedades pulmonares. Sin embargo, la mayoría de los médicos en los Estados Unidos recomiendan la dexametasona si usan esteroides.

Pero la dosis podría aumentar dependiendo de la gravedad y la trayectoria de la infección. "Tal vez doblaré o triplicaré la dosis hasta que pueda estabilizarlos", dice.

"Una vez que dejan de utilizar el oxígeno, disminuyo el esteroide durante casi una semana a 10 días, a veces menos. Depende de cuánto tiempo hayan recibido oxígeno. Si estuvieron con oxígeno por poco tiempo, retiro rápido el esteroide, pero sí estuvieron con oxígeno por más tiempo, lo retiro de forma más lenta. De lo contrario, no lo retiro por completo hasta que dejan de utilizar el oxígeno".

Mientras que los primeros casos de Covid-19 involucraban una coagulación sanguínea severa, parece que esa característica de la infección disminuyó. Incluso cuando se produce un caso de coagulación, suele ser mucho más leve de lo que veíamos al principio. Aun así, los anticoagulantes pueden ser un componente importante en estos casos.

"Lo que hago con los casos de coagulación es que por lo general evalúo el dímero D al ingreso. El dímero D es un marcador de lesión endotelial y coagulación. En pacientes con dímeros D normales, solo hago dosis de profilaxis de rutina. Si su nivel está un poco elevado, administro dosis moderadas, pero si está muy elevado, administro dosis completas de anticoagulantes", explica el Dr. Kory.

Por lo general, utiliza un anticoagulante llamado Lovenox. Los pacientes también reciben dosis completas de aspirina, a menos que exista una contraindicación. Creo que las enzimas fibrolíticas como la lumbroquinasa y la nattoquinasa, que ayudan a degradar la fibrina, podrían ser una mejor alternativa que la aspirina. La N-acetilcisteína (NAC) es otro posible candidato. Sin embargo, el Dr. Kory aún no está convencido:

"Utilizamos NAC en diferentes modelos de enfermedades a lo largo de los años. Es un tratamiento estándar para tratar la sobredosis de acetaminofén, pero no para la fibrosis pulmonar. En medicina pulmonar, en la cual soy un experto, estudiamos por décadas la NAC para eso. Ninguno de los estudios dio resultado. De hecho, no funcionó en la sepsis.

Por eso creemos que es un medicamento muy efectivo para tratar las enfermedades graves. Además, es un buen antioxidante. Creo que tiene efectos anticoagulantes, pero creemos que es insuficiente. Por esa razón creemos que para la fase hospitalaria es completamente insuficiente".

Otro componente importante es la vitamina C por vía intravenosa. Aunque algunos hospitales universitarios podrían administrar vitamina C por vía intravenosa, la mayoría no lo hace, pero es posible que pueda recibirla en otro hospital local. Es importante destacar que para que la vitamina C funcione se debe administrar dentro de las primeras seis horas después de ingresar a la UCI, y podría ser similar al tratar la Covid.

Esto es muy cierto para las dosis bajas recomendadas por el protocolo Math + de 1500 mg o 1.5 gramos. Muchos médicos de medicina natural utilizarán de 25 a 50 gramos de vitamina C por vía intravenosa para pacientes ambulatorios, pero la mayoría de los hospitales no permitirán una dosis tan alta, aunque es probable que las dosis más altas funcionen, siempre y cuando no haya pasado el período de tratamiento inicial (las primeras seis horas). La lógica pragmática es la razón por la que el protocolo Math + utiliza dosis tan bajas.

Una sugerencia sería llamar al hospital de su preferencia para investigar si la pueden administrar para tratar el Covid, de lo contrario, si usted o un miembro de su familia ingresan por Covid o sepsis, puede pedirle a su médico que se la recete

y llevarla al hospital. Obvio que lo más importante es tener un médico que esté dispuesto a utilizarla. Ya que algunos no quieren.

"Debería haber visto las oposiciones a las que me enfrenté. En un momento, yo era el director de la UCI principal de la Universidad de Wisconsin y los datos eran tan abrumadores que dije: 'Oigan ¿por qué no comenzamos con un protocolo en el que les demos a todas las personas vitamina C por vía intravenosa al ingresar? ¿Cuál es la desventaja?

Todo el mundo empezó a hablar de cálculos renales y todas esas tonterías, pero tenemos muchos datos para demostrar que eso no sucede en enfermedades agudas ni en formulas por vía intravenosa. Siento que vivo en una caricatura de la medicina, ya que cada vez que hablo de algo con alguien, se niega a creer que funcionará. Porque si funcionara, lo harían. Es extraño".

Por desgracia, la ignorancia de muchos médicos mata a muchos pacientes de Covid que podrían y deberían haberse salvado. No hay duda de que protocolos, como el que desarrolló el grupo FLCC y los otros grupos que mencionaré a continuación, podrían haber salvado a muchas personas si se hubieran implementado desde el principio. Sin embargo, a pesar de su éxito, existen muchos hospitales que no los utilizan.

"Nuestro protocolo está en constante evolución" dice. "No decimos que ésta sea la única forma de tratarlo. Pero sí es como decidimos tratarlo. Nos reservamos el derecho de no darles prioridad, cambiar la dosis o sustituir un nuevo medicamento.

Queremos seguir los datos, la experiencia y el conocimiento de esta enfermedad. Ese es el primer paso. En segundo lugar, todos nuestros protocolos son protocolos de terapia combinada.

Por cierto, eso es lo que desconcierta a los médicos. ¿Sabe por qué? Porque quieren saber, ¿cómo sabe que esto es necesario? Existen pruebas de cada componente que demuestran que son efectivos. Creemos que son sinérgicos, pero nunca haremos una prueba para evaluar todos los componentes de nuestros protocolos.

Existen más protocolos. La AAPS tiene un protocolo. El World Council for Health tiene varias opciones o America's Frontline Doctors. Por lo tanto, existen muchos médicos que podrían enfatizar o restar importancia a un medicamento en nuestro protocolo. Y no pretendemos que el nuestro sea el único. Pero confiamos mucho en él.

La mayoría de nuestros medicamentos se reutilizan, lo que significa que no son nuevos. Se conocen desde hace décadas al igual que sus perfiles de seguridad, tienden a ser económicos y sus mecanismos también se conocen. La ivermectina es un medicamento que utilizamos en todos nuestros protocolos por muchas razones, para prevenir y tratar a tiempo, durante la estadía en el hospital y en la fase tardía como para las secuelas".

Otros componentes de los protocolos de prevención y tratamiento del FLCC incluyen productos que tienen propiedades antivirales, antiinflamatorias o una combinación de las mismas, como melatonina, quercetina, zinc y anticoagulantes como la aspirina.

Lo mejor sería que todas las personas optimizaran su nivel de vitamina D antes de requerir cualquier tratamiento para la Covid. Si aún no lo ha hecho, le recomiendo que optimice su nivel de vitamina D en la sangre, y, si está por debajo de los 40 ng/ml, comenzar a tomar un suplemento por vía oral. No espere hasta que esté enfermo. La literatura médica sugiere que si se hubiera optimizado el nivel de vitamina D en toda la población a un nivel superior a los 40 ng/ml, se hubiera disminuido la morbilidad y la mortalidad por Covid en casi un 80%.

En el protocolo de tratamiento hospitalario, el FLCCC recomienda utilizar calcitriol, 0.5 microgramos el primer día y 0.25 mcg durante seis días. El calcitriol es la forma activa de vitamina D que por lo general se produce en los riñones.

Esto se debe a que el consumo regular de vitamina D por vía oral fracasa en condiciones agudas, ya que tarda semanas en metabolizarse a su forma activa. El calcitriol es la forma activa, por lo que comenzará a actuar de inmediato. Sin embargo, también se puede tomar vitamina D, ya que en algún momento se alcanzarán niveles adecuados en la sangre y se podrá suspender el calcitriol.

La ivermectina es un antiviral muy potente. "Eso se ha demostrado durante 10 años en el laboratorio con varios virus", dice. "Demostraron que impide la reproducción del virus del Zika, dengue, Nilo Occidental e incluso el VIH. Y además los estudios clínicos son contundentes", continúa:

"¿Puedo preguntar si alguien cree que la ivermectina es un medicamento controvertido?, porque en realidad no lo es.

Es un medicamento que está envuelto en la corrupción, y la corrupción suprime su efectividad. Existen muchos poderes que no quieren que se conozca la efectividad de este medicamento. Porque si se conoce y se convierte en un estándar de atención, eliminará el mercado de varios productos farmacéuticos.

Cuando analiza las medidas que se han tomado contra la ivermectina, solo se puede entender que amenaza algo grande y poderoso. Se ha atacado a pesar de que se ha utilizado en 64 ensayos controlados donde la mayoría demuestra muchos beneficios.

Sin embargo, la distorsionan para que parezca controvertida. Es absurdo. Sabemos que sí funciona. Lo sabemos por estudios en animales in vitro, in vivo y series de casos".

Una de las primeras series de casos de República Dominicana, se publicó en junio de 2020. Trataron a 3300 pacientes con Covid en la sala de emergencias con

ivermectina. De ellos, solo 16 ingresaron al hospital y uno murió. Eso es un gran resultado, en especial si se considera que se trataba de personas muy enfermas.

Sin embargo, es importante destacar que existe una relación dosis-respuesta con la carga viral. El medicamento es muy efectivo en etapas más avanzadas gracias a sus propiedades antiinflamatorias. A diferencia de otros medicamentos, la ivermectina es beneficiosa en todas las etapas de la infección.

Consideremos las estadísticas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. En 2019, al 4.6% de la población de Estados Unidos se le diagnosticó una enfermedad cardíaca. La población a finales de 2019 era de 328 239 523. Esto significa que en 2019 hubo 15 099 018 personas con enfermedades cardíacas en los Estados Unidos. Ese año murieron 696 962 personas por enfermedades cardíacas, lo que representa una tasa de mortalidad del 4.6 %.

Esto es mucho mayor que la tasa de mortalidad por Covid-19. Sin embargo, estas mismas agencias no ejercían presión por los mandatos contra las sodas o los alimentos con cantidades elevadas de azúcar, tampoco prohibían fumar, ni obligaban a las personas a hacer ejercicio, los cuales son factores de riesgo que contribuyen a las enfermedades cardíacas.

La censura y la supresión de información obstaculizó el tratamiento a tiempo del Covid-19 en muchas naciones occidentales. Hasta 2020, los expertos en salud pública y los principales medios de comunicación advirtieron contra el uso de la hidroxicloroquina e ivermectina. Ambos están en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud, pero los funcionarios de salud pública y los medios ignoraron y ocultaron los beneficios.

Este estudio en el sitio web de preimpresión de la Universidad de Cornell aún no se ha revisado por pares. Los investigadores utilizaron un análisis computacional para observar la supuesta variante Ómicron. Los investigadores analizaron 10 medicamentos contra el supuesto virus y descubrieron que cada uno de los medicamentos tenía cierto grado de efectividad contra el supuesto virus y la mayoría se encontraba en ensayos clínicos.

Un análisis de los 10 medicamentos descubrió que la ivermectina era el candidato más efectivo contra la supuesta variante Ómicron. Un detalle muy interesante, es que las pruebas incluyeron Nirmatrelvir (Paxlovid), que es el nuevo inhibidor de proteasa para el cual la FDA otorgó una autorización de uso de emergencia contra la Covid en diciembre de 2021.

En otras palabras, Pfizer lanzó un nuevo medicamento que le costó a los contribuyentes en Estados Unidos $5290 millones o alrededor de $529 por tratamiento y recibió una EUA a pesar de que ya existía un medicamento similar que ha demostrado ser más efectivo y más barato, con un precio de entre $4820 y $9521 por 20 pastillas dependiendo del lugar donde viva.

Veamos un estudio publicado en la revista científica The Journal of Allergy and Clinical Immunology por Pivniouk y colaboradores. El estudio, titulado (traducido del inglés) "El lisado bacteriano OM-85 inhibe la infección de células epiteliales por SARS-CoV-2 al disminuir la expresión de sus receptores", y tuvo como objetivo investigar cómo el tratamiento con OM-85 protege las células epiteliales de primates no humanos y de humanos de SARS-CoV-2.

Vamos a empezar por poner el contexto antes de explicar lo que reportan en el estudio sobre el OM-85, conocido comercialmente como Broncho-Vaxom. Este fármaco de origen bacteriano se conoce desde 1989, y se utiliza frecuentemente por parte del tratamiento que recomiendan médicos para tratar diversas infecciones respiratorias. Hay una revisión, publicada en el 2021 donde se habla de este producto, un extracto compuesto por un lisado de las bacterias comunes Branhamella catarrhalis, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella ozaenae, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus viridans, y Staphylococcus aureus, previene infecciones respiratorias, reduce el número de complicaciones pulmonares crónicas y reduce el tiempo de enfermedad. Aclaro que no contiene bacterias vivas. Es decir, es un extracto de un lisado de muchas bacterias que ya no pueden infectar ni multiplicarse ya que están muertas y en pedazos. Hay mucha evidencia de su mecanismo de acción (que entre otras cosas, inmunomodula), eficacia y seguridad (tiene, en palabras de Pivniouk: "Un perfil de seguridad impecable") en estudios con humanos. Además, se sabe desde hace tiempo que su uso de forma preventiva puede reducir el uso de antibióticos, evitar la resistencia a antibióticos y reducir el coste del tratamiento de enfermedades crónicas respiratorias.

Entonces, el estudio de Pivniouk y colaboradores reconoce la necesidad urgente de tratamientos contra SARS-CoV-2, y dado el mecanismo de infección del virus a través de su proteína Spike que interactúa con las proteínas ACE2 y con TMPRSS2 de las células, propusieron que el uso de OM-85 podría ayudar a inmunomodular y evitar la infección por SARS-CoV-2. Para esto, analizaron la expresión (tanto a nivel de ARN mensajero como de proteínas) de ACE2 y TMPRSS2 en las células, la capacidad de unirse a la célula por parte del virus y la entrada del virus en la célula. Usaron cultivos celulares de epitelio de riñón, pulmón e intestino, así como células epiteliales bronquiales de humano.

Encontraron que el OM-85 disminuye la cantidad de ARNm y de proteína de ACE2 y de TMPRSS2 en las células y que, además, inhibe la unión de SARS-CoV-2 a los receptores, disminuyendo significativamente la infección. Esto significa que OM-85 tiene la capacidad de inhibir la infección de SARS-CoV-2 en las células epiteliales. Aunque es un estudio in vitro, se suma a otros estudios que han mostrado efectos antivirales y de inmunomodulación muy efectivos contra diversas infecciones respiratorias (por ejemplo: (1) (2) (3) (4) (5)) incluso para el supuesto SARS-CoV-2 (por ejemplo: (1) (2)).

El producto OM-85 (Bronco-Vaxom, también llamado Imocur, y en Europa: Broncho Munal, Broncho Vaxom, Buccalin, Immubron, Immucytal, Ismigen, Lantigen B, Luivac, Ommunal, Paspat, Pir-05, Polyvaccinum, Provax, Respivax y Ribomunyl). El producto cuesta actualmente entre 1500 y 2000 pesos mexicanos

por una caja con 10 cápsulas. En México Bronco-Vaxom cuenta con licencia sanitaria por parte de COFEPRIS desde el 2017.

El supuesto virus SARS-CoV-2 no es un virus propiamente "respiratorio". El receptor principal que utiliza, ACE2, y el coreceptor TMPRSS2, se encuentran en muy pocas células respiratorias, en los pulmones, solamente en neumocitos alveolares tipo 2 (son células especializadas no muy abundantes), y en el tracto respiratorio superior, hay cierta expresión de ACE2 en el epitelio nasal. En cambio, hay una alta expresión de ACE2 y de TMPRSS2 en riñones, vejiga e intestino. En ese sentido, 1) no tiene sustento científico el que personas sin sintomatología puedan contagiar a otros a través de hablar, cantar, o respirar, y 2) puede llegar a haber infección del virus en algunas células respiratorias y replicación (generación de copias del virus) en ese tejido, pero no se compara con lo que puede haber en otros órganos y tejidos (siempre y cuando sean ese el receptor y coreceptor que usa el virus; si resulta que usa otros, esa ya es otra historia). Aclaro que hay otras células que expresan ACE2, entre ellos las células endoteliales (pared interna de los vasos sanguíneos), pero la patogenia normal del supuesto virus SARS-CoV-2 no lo lleva a esas células fácilmente. Entonces, ¿por qué los signos respiratorios? Porque la mayoría de los síntomas y signos clínicos de Covid-19, cuya causa no tiene por qué ser un virus, se deben a desregulación del sistema inmune, que cuando ocurre puede afectar fácilmente el tracto respiratorio y ocasionar signos respiratorios. Por eso los inmunomoduladores (ivermectina, hidroxicloroquina, CDS, Broncho-Vaxom, etc) han sido eficaces para tratar estos cuadros. Por otro lado, estando en época invernal (en el hemisferio norte), es común (y normal) que ocurran infecciones con el virus de la influenza, con los cuatro coronavirus humanos estacionales, con cepas de adenovirus respiratorios y con diversas bacterias oportunistas, y todos causarán signos y síntomas similares. De acuerdo a la literatura médico/científica, Broncho-Vaxom puede ayudar con todos estos, no es un efecto específico hacia SARS-CoV-2. Si con tener signos de catarro o de gripe leve a moderada (como seguramente les ocurría cada año antes de la pandemia, sin que les generase terror) la gente inmediatamente piensa que tiene Covid-19 y corre a hacerse la prueba, tal vez sea de utilidad saber que hay productos (no solo Broncho-Vaxom) que pueden ayudarles, independientemente de la causa de esos signos.

Como menciona el Dr. Mercola en una entrevista con el Dr. David Brownstein, trató con éxito a cientos de pacientes con Covid-19 con estrategias que estimulan el sistema inmunológico, como el peróxido de hidrógeno por vía intravenosa o nebulizado, yodo, vitaminas A, C y D orales y ozono por vía intramuscular. En un reporte de caso de 107 pacientes confirmados con Covid-19 que el Dr. Brownstein trato con éxito, 91 (85%) utilizaron peróxido nebulizado diluido con solución salina normal, más yodo de Lugol. Como se explica en el artículo de Brownstein:

"Se mezcló una solución de 250 cc de solución salina normal con 3 cc de peróxido de hidrógeno al 3%, lo que proporcionó una concentración final de peróxido de hidrógeno al 0.04%. Además, a la solución salina de 250 cc/bolsa de peróxido de hidrogeno se le añadió 1 cc de cloruro de magnesio (200 mg/ml). (Primero se preparó la mezcla y posteriormente, se le dio a cada paciente).

Se les indicó que nebulizaran 3 cc de la mezcla tres veces al día o con mayor frecuencia si tenían problemas respiratorios. Por lo general, se informó que uno o dos tratamientos con nebulizaciones mejoraron los problemas respiratorios y no reportaron efectos adversos. Hemos utilizado solución salina nebulizada/peróxido de hidrógeno a esta concentración durante más de dos décadas.

Las mitocondrias producen grandes cantidades de peróxido de hidrógeno en el cuerpo humano. Todas las células del cuerpo están expuestas a cierto nivel de peróxido de hidrógeno. Se sabe que los pulmones producen peróxido de hidrógeno. Se demostró que el peróxido de hidrógeno nebulizado produce actividad antiviral. El Covid-19 deteriora los linfocitos, mientras que el peróxido de hidrogeno tiene la capacidad de reactivarlos".

Adoptó el peróxido nebulizado desde que surgió la pandemia de Covid-19 y ha recibido muchos informes anecdóticos de personas que lo han utilizado con éxito, incluso en etapas más avanzadas. De acuerdo con la experiencia de Brownstein, ahora también recomienda agregar yodo al nebulizador, ya que parece hacerlo aún más efectivo.

La mayoría de las personas pueden hacer gárgaras e inhalaciones por vía nasal con povidona yodada y peróxido nebulizado diluido con solución salina, con o sin yodo, tanto para prevenir como en casos de infección activa, siempre que las sustancias estén diluidas de forma correcta.

Por ejemplo, mientras que la nebulización con peróxido de hidrógeno del 0.1% al 3% parece ser bastante segura, sería un peligro muy grave usar peróxido en concentraciones mayores. Se puede obtener peróxido de grado alimenticio con una concentración de hasta el 35 %, pero NUNCA se debe usar por vía tópica o interna. Debe diluirse, de lo contrario podría causar daños. La mejor opción es utilizar peróxido de grado alimenticio al 3% y diluirlo como indica en la siguiente tabla, lo que dará como resultado una solución al 0.1%.

Prevención

Algunas de las cosas probadas que son efectivas para el tratamiento de la Covid, también pueden ser válidas para prevenirla:

Un nuevo informe internacional de 65 estudios muestra que ***la ivermectina tiene una tasa de éxito del 86% como profilaxis y una tasa de éxito del 67% en el tratamiento temprano del coronavirus***. Los resultados reflejan los más de 368 estudios sobre hidroxicloroquina que se han informado durante el año pasado. ***El nuevo informe internacional muestra que la ivermectina funciona extremadamente bien como profilaxis y en los resultados de mortalidad y que funciona mejor que otros medicamentos***.

Argentina tiene una amplia experiencia médica con la ivermectina. Antes de la pandemia Covid-19, se usaba para tratar el dengue, que es endémico en Argentina.

Al comienzo de la pandemia, el Dr. Héctor Carvallo, un profesor de medicina de Argentina, ideó dos ensayos de ivermectina para evaluar la utilidad del fármaco contra el SARS-CoV-2. Sus protocolos de tratamiento se utilizan en cinco provincias argentinas. En una provincia, la tasa de mortalidad se redujo a un tercio en menos de un mes, en medio del brote.

Con fines preventivos, utilizaron ivermectina junto con carragenina, un emulsionante y espesante de alimentos que tiene una larga historia de uso tanto en alimentos como en medicamentos. Según Carvallo, la carragenina también tiene efectos antivirales, por lo que la ivermectina se usó en combinación con la carragenina tópica, administrada a través de la nariz y las membranas mucosas de la boca.

Para el tratamiento, la ivermectina se combinó con aspirina para los casos leves, **aspirina y corticosteroides para los casos moderadamente graves y enoxaparina (un fármaco anticoagulante) para los casos graves**. Se eligió la aspirina por sus efectos anticoagulantes. **Otra opción recomendada por los médicos estadounidenses es NAC**, un suplemento de venta libre que previene los coágulos de sangre y rompe los existentes. NAC también tiene otros beneficios que lo hacen útil contra Covid. Argentina no permite la venta de suplementos sin receta, por lo que no se utilizaron suplementos dietéticos en estos ensayos en particular.

Estas combinaciones de medicamentos se seleccionaron en base a lo que se sabía sobre otros virus que causan efectos en la salud similares al SARS-CoV-2, como el efecto del rabdovirus en la neurología, el paramixovirus, que causa hiperinflamación en los pulmones, y el virus del dengue, que sobreamplifica el sistema inmunológico.

En cuanto a la seguridad de la ivermectina, los estudios en África han utilizado dosis 10 veces superiores a los 0.2 mg/kg recomendados para Covid, sin efectos tóxicos.

El endocrinólogo brasileño, el Dr. Flavio Cadegiani, con ocho coautores más, acaba de publicar un estudio revisado por pares sobre la eficacia del tratamiento temprano con ivermectina contra la Covid-19 en el que participaron ***más de 200 000 personas***.

En el estudio empírico realizado en el corazón de la ciudad portuaria de Itajai, en el sur de Brasil, se observaron más de 200 000 personas y los resultados son claros. Hay una reducción en el riesgo de infección, casos graves o mortalidad: ***44% de reducción en el riesgo de infección; 56% de reducción en el riesgo de hospitalización (esto puede ser similar a la forma grave de la enfermedad); reducción del 68% en el riesgo de muerte***.

"El no uso de ivermectina se asoció con un aumento de 10 veces en el riesgo de mortalidad y un aumento de 7 veces en el riesgo de morir por Covid-19, en comparación con el uso estrictamente regular de ivermectina en una población estrictamente controlada y recolectada prospectivamente.

Se observó un patrón de dosis-respuesta progresivo entre el nivel de uso de ivermectina y el nivel de protección contra los resultados relacionados con Covid-19 y consistente en diferentes niveles de uso de ivermectina".

Dos médicos de Oklahoma, el Dr. John Sutton y el Dr. David Jayne, comparten sus historias sobre el uso de la ivermectina como tratamiento para sus pacientes con Covid-19.

El Dr. John Sutton es un especialista en medicina interna en Woodward, Oklahoma, y tiene más de 38 años de experiencia en el campo de la medicina. Atendió a tres hogares de ancianos en Woodward y el condado de Dewey que experimentaron un brote de Covid-19. Y el Dr. Jayne trabaja en Edmond, Oklahoma, y se especializa en Medicina Familiar y Atención Preventiva. La intervención del gobierno en el tratamiento de los pacientes de Covid-19 preocupa mucho a los dos médicos.

Los tres hogares de ancianos atendidos por Sutton han experimentado brotes de Covid-19. El primer hogar experimentó un brote antes de que las "vacunas" estuvieran ampliamente disponibles y antes de que "la ivermectina estuviera siquiera en la discusión", dijo Sutton. Esa residencia de ancianos experimentó una tasa de mortalidad del 30% entre los que contrajeron el virus, dijo.

Cuando se produjo el brote en la segunda residencia de ancianos, tanto la ivermectina como los anticuerpos monoclonales eran tratamientos conocidos y se proporcionaron a los residentes. Sutton también ordenó que se suministrara Ivermectina a todos los residentes "tuvieran o no la enfermedad". **De los 56 residentes de esa residencia, sólo uno murió a causa del Covid**.

Cuando la tercera residencia de ancianos tuvo un brote, se siguió un tratamiento similar. **De los 75 residentes, sólo murió uno**.

Otros médicos de Oklahoma informan de resultados similares. El Dr. David Jayne, un médico de familia certificado en Edmond, dijo que ha prescrito ivermectina para cientos de pacientes con Covid y logró "resultados extremadamente altos". De ese total, dijo que **sólo un paciente fue hospitalizado y "nadie en un respirador, nadie murió**".

Como cardiólogo, el Dr. Dwayne Schmidt dijo que la atención primaria está lejos de su enfoque, pero los pacientes "me buscan" porque saben que está "abierto" a prescribir ivermectina para esta enfermedad debido a los abrumadores datos de apoyo de todo el mundo. Según su experiencia, Schmidt afirma que la ivermectina ha sido "muy eficaz si se utiliza en dosis adecuadas y en una fase temprana del proceso de la enfermedad".

Esto deja a las "vacunas" contra la Covid-19 como el principal método formalmente aprobado para tratar el Covid-19. Sin embargo, **no son un escudo de protección a prueba de balas, especialmente entre las poblaciones más vulnerables**. Según el Departamento de Asuntos de los Veteranos de Oklahoma, 64 pacientes de los ocho centros de veteranos que gestiona en todo el

estado murieron siendo seropositivos a la Covid entre el 1 de enero y el 15 de octubre de 2021. Treinta y dos personas murieron antes de la disponibilidad de las "vacunas" Covid. ***De los 32 pacientes restantes que murieron siendo positivos al Covid, 23 estaban totalmente "vacunados", cuatro habían recibido una dosis de "vacuna" y sólo cinco no estaban "vacunados***".

Al comienzo de la pandemia, antes de que las "vacunas" estuvieran disponibles, la ciudad de Itajai, en el sur de Brasil, ofreció ivermectina como profilaxis contra la enfermedad. Entre julio y diciembre de 2020, se ofreció a aproximadamente 220 000 personas una dosis de 0.2 mg / kg / día (aproximadamente 18 mg para una persona de 200 libras) como tratamiento opcional durante 2 días, una vez cada dos semanas. 133 051 personas lo aceptaron, mientras que 87 466 no lo hicieron.

Después de analizar los datos, un equipo de investigadores que abarcó varios institutos brasileños, la Universidad de Toronto y el EAFIT de Columbia concluyó en un estudio previo a la impresión de diciembre que las tasas de hospitalización y mortalidad se redujeron a la mitad durante el período de siete meses en el grupo de ivermectina.

Los autores ajustaron las variables de confusión relevantes, incluida la edad, el sexo, los antecedentes médicos, las enfermedades previas y otras afecciones.

El análisis contradice un informe de octubre de Business Insider que afirma, basándose en la evidencia anecdótica de un médico brasileño de la UCI, que el experimento fue un fracaso.

Los autores señalan: "Al ser un análisis observacional retrospectivo, no está claro si los resultados serían reproducibles en un ensayo clínico aleatorizado, controlado con placebo y doble ciego, pero probablemente, dado que los grupos de usuarios y no usuarios de ivermectina tenían características demográficas similares, y las tasas se ajustaron para las variables de confusión relevantes ".

"Estamos seguros de que los 'verificadores de hechos' ya están trabajando duro para desacreditar la preimpresión, sin embargo, es posible que también quieran echar un vistazo a ivmmeta.com, un metaanálisis en tiempo real de 70 estudios que encontraron que ***la ivermectina funciona como profilaxis el 83% de las veces. En estudios revisados por pares, se encontró efectivo el 70% de las veces como tratamiento temprano y solo el 39% de las veces como tratamiento tardío***".

Un simple aerosol para la boca y la nariz podría actuar ***como una protección contra la Covid-19,*** lo que agrega una herramienta más a las opciones antivirales. La solución fue recomendada por el Dr. Mostafa Kamal Arefin del Dhaka Medical College & Hospital en Bangladesh e incluye polivinilpirrolidona o povidona yodada (PVP-I), un agente microbicida con una efectividad del 99.99 % para inactivar los virus.

Escribiendo en el Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, Arefin recomendó el aerosol por vía oronasal PVP-I para los trabajadores de la salud y cualquier otra persona para ayudar a prevenir la Covid-19, lo cual reitera una serie de otros estudios que también encontraron beneficios para hacer gárgaras, irrigación nasal y nebulización de PVP-I y de otros compuestos, incluyendo el yodo de Lugol, la solución salina y el peróxido de hidrógeno.

El aerosol por vía oronasal de Arefin está hecho de una solución de PVP-I al 0.6 %, la cual se mantiene en un "dispositivo de spray nasal simple". La fórmula en aerosol funciona mejor que las gotas, anotó, porque permite que el ingrediente activo se disperse mejor y llegue a áreas más profundas de la nariz y la nasofaringe, que es la parte superior de la garganta detrás de la nariz. ***Cuando se aplica el spray por vía oronasal actúa como una capa protectora que recubre la mucosa nasal y oral***.

Por lo general, si se expone al SARS-CoV-2, ingresará a su cuerpo a través de la nariz y la boca, y permanecerá allí por un tiempo antes de unirse a los receptores ACE2 (en otra parte del cuerpo ya que no es un virus respiratorio) y entrar a las células. Una vez que el virus ingresa a sus células, tiene la oportunidad de multiplicarse.

"El primer paso en el desarrollo de las infecciones del tracto respiratorio superior [URTI, por sus siglas en inglés], es la adherencia y colonización del patógeno respiratorio a la mucosa nasofaríngea y orofaríngea. Suponiendo que la entrada de dichos patógenos es por la vía nasal y oral, la aplicación intranasal e intraoral de povidona yodada ofrece una medida práctica para prevenirla", escribe Arefin.

Al crear un escudo protector, el aerosol ayuda a evitar ***que el supuesto SARS-CoV-2 se una a los receptores ACE2 (recordemos que estos receptores cuentan con una mínima expresión en las vías respiratorias, por lo tanto la replicación tendría que suceder en otra parte del cuerpo) y que acceda a sus células***. En un ensayo clínico que aún no ha sido publicado, Arefin y sus colegas obtuvieron resultados positivos al utilizar un aerosol por vía oronasal de PVP-I al 0.6 % en 189 pacientes con Covid-19. La solución al 0.6 % tuvo una tasa de efectividad de alrededor del 81.5 %, que fue mayor que la de otras concentraciones (0.4 % y 0.5 %) y "casi no irritó la mucosa".

El uso por vía nasal del aerosol de PVP-I al 0.6 % es económico, seguro y efectivo contra los coronavirus, incluyendo al supuesto SARS-CoV-2. Puede usarse en personas sanas como un agente protector y también en personas con Covid-19 para reducir la carga viral y el potencial de transmitir el virus a contactos cercanos.

Los efectos secundarios, que incluyen irritación en la mucosa, coloración de los dientes y mala función de la tiroides, son muy mínimos. Al menos un estudio, que usó enjuagues bucales con PVP-I para hacer gárgaras cuatro veces al día, durante cinco días, encontró un aumento en la hormona estimulante de la tiroides durante el tratamiento, pero los niveles volvieron a la normalidad después de suspenderlo.

Arefin recomienda el aerosol tanto para los trabajadores de la salud como para la población en general, antes de asistir a reuniones públicas o de trabajar fuera del hogar, al igual que después de exponerse a una persona sospechosa de Covid-19. Aconseja dos o tres inhalaciones en cada fosa nasal y una o tres inhalaciones por la garganta cada tres o cuatro horas. Después de cada una o dos semanas de uso, recomienda tomar un descanso de un día del tratamiento.

Sin embargo, existen muchas formas de usar la irrigación nasal, las gárgaras y la nebulización contra el Covid-19. Por ejemplo, el Dr. Peter McCullough, internista, cardiólogo y epidemiólogo, tuiteó lo siguiente: "Los lavados con viricidas en las fosas nasales/orales se pueden realizar de forma profiláctica dos veces al día y hasta cada 4 horas durante el tratamiento inicial. Para reducir la carga viral y así sufrir enfermedades menos graves".

La organización Front Line Covid-19 Critical Care Working Group (FLCCC) también recomienda la povidona yodada como parte de su protocolo I-Mask+ para prevenir y tratar de forma ambulatoria el Civid-19. Parte de su protocolo para prevenir incluye hacer gárgaras dos veces al día con una solución de povidona/yodo al 1 %, mientras que el aerosol o las gotas de yodo en las fosas nasales se recomiendan como uno de los agentes de primera línea en su protocolo de tratamiento temprano. En concreto, recomiendan lo siguiente:

"Utilizar un producto comercial de povidona yodada al 1 %, según las instrucciones, 2 o 3 veces al día. Si el producto al 1 % no está disponible, primero debe diluir la solución al 10 % y aplicar de 4 a 5 gotas en cada fosa nasal cada 4 horas. (No más de 5 días durante el embarazo.)"

Es importante destacar que las soluciones de povidona yodada que se venden como desinfectantes tópicos para la piel y tratar cortes y heridas, no son adecuadas para hacer gárgaras debido a los ingredientes dañinos.

Estudios previos han relacionado la deficiencia de vitamina D con una mayor susceptibilidad a infecciones virales e infecciones respiratorias bacterianas. De manera similar, ***varios estudios observacionales han encontrado una fuerte correlación entre la deficiencia de vitamina D y Covid-19***, pero podría ser que estos efectos se confundan y, de hecho, son el resultado de otros factores, como la obesidad, la vejez o la enfermedad crónica que también está relacionada con niveles bajos de vitamina D.

En un reciente estudio, para superar esto, los investigadores pudieron calcular el nivel de vitamina D "predicho genéticamente", que no se confunda con otros factores demográficos, de salud y de estilo de vida, mediante el uso de información de más de cien genes que determinan el estado de la vitamina D. La aleatorización mendeliana es un enfoque analítico particular que permitió a los investigadores analizar si la vitamina D y Covid-19 podrían estar vinculados causalmente usando datos genéticos. Pocos estudios anteriores intentaron esto y además, no pudieron mostrar un vínculo causal. Esto podría deberse a que ignoraron la radiación solar UVB, que es la fuente más importante de vitamina D para la mayoría de la gente.

Los investigadores, por primera vez, analizaron conjuntamente las predicciones genéticamente de nivel de vitamina D y UVB. Casi medio millón de personas en el Reino Unido participaron en el estudio. Encontraron que la radiación UVB ambiental en el lugar de residencia de un individuo anterior a la infección por Covid-19, se asoció fuerte e inversamente con la hospitalización y muerte. Esto sugiere que ***la vitamina D puede proteger contra la enfermedad grave Covid-19 y contra la muerte***. El Dr. Xue Li, investigador del estudio de la Universidad de Zhejiang, dijo: "Nuestro estudio respalda la recomendación de la ***suplementación con vitamina D no solo para los mantenimiento de la salud ósea y muscular, también por el potencial beneficio en relación con la protección contra Covid-19***". La vitamina D podría proteger contra las infecciones al aumentar los niveles de CAMP (péptido antimicrobiano de catelicidina, es elaborado por las células inmunológicas, cutáneas e intestinales, que actúan como una barrera contra las infecciones).

Un estudio encontró que ***la vitamina D puede reducir significativamente sus posibilidades de contraer Covid-19, sin producir efectos secundarios graves***.

El estudio revisado por pares, que reclutó a 321 trabajadores de atención médica de primera línea, recibió seguimiento de 94 participantes del grupo al que se le administró vitamina D y 98 del grupo que no. De los que habían tomado vitamina D, el 6.4% contrajo Covid-19, mientras que el 24.5% de los que no habían tomado la vitamina estaban infectados con el supuesto virus.

El estudio también encontró que ***la vitamina D es efectiva contra el Covid-19 independientemente de los niveles de vitamina D en la sangre***.

La evidencia preexistente apoyaba el uso de la vitamina D como tratamiento para el Covid-19, aunque era menos concluyente.

Se encontró que la deficiencia de vitamina D era alta en pacientes con Covid admitidos en el hospital. Otro estudio sugirió que la insuficiencia de vitamina D podría explicar casi 9 de cada 10 muertes por Covid. Más recientemente, un estudio retrospectivo encontró que la deficiencia de vitamina D antes de la infección se asocia con una mayor gravedad y mortalidad por Covid. Con esos antecedentes, el tratamiento con vitamina D parecía algo bueno para probar. Los estudios que utilizaron vitamina D como tratamiento temprano para Covid encontraron una mejora general del 80% y más del 30% cuando se usa como profiláctico.

Pero este nuevo estudio es el ***primer ensayo controlado aleatorio que*** muestra ***de manera concluyente que la vitamina D es segura y eficaz contra el Covid-19, con significancia estadística***.

"Hasta donde sabemos, este es el primer estudio controlado que evalúa el papel de la suplementación [de vitamina D] como medida profiláctica para prevenir la infección por SARS-Cov-2 y, por lo tanto, tiene profundas implicaciones clínicas y de salud pública", escribieron los investigadores.

Algunos de los principales médicos del mundo han recomendado la vitamina D como parte de un protocolo de tratamiento de Covid-19. En febrero de 2021, 220 profesionales, la mayoría médicos, de 33 países firmaron una carta abogando por el uso de la vitamina D para tratar el Covid-19.

"Se sabe que muchos factores predisponen a las personas a un mayor riesgo de exposición al SARS-CoV-2, como la edad, ser hombre, comorbilidades, etc., pero la vitamina D inadecuada es, con mucho, el factor de riesgo modificable más fácil y rápidamente con abundante evidencia. para respaldar un gran efecto", decía la carta. "La vitamina D es económica y tiene un riesgo insignificante en comparación con el riesgo considerable de Covid-19". "Dada su seguridad, pedimos un aumento generalizado inmediato de la ingesta de vitamina D", agrega la carta.

En otro estudio que analizó cómo afectan los niveles de vitamina D la gravedad de la enfermedad por SARS-COV-2, se demostró que tanto la vitamina D como la albúmina influyen en la gravedad, progresión y posible prevención de Covid-19. Los investigadores estudiaron a 191 pacientes con Covid y 203 personas sanas y encontraron que el 84.4 % de los pacientes tenían deficiencia de vitamina D y albúmina, que es una proteína que se produce en el hígado y que ayuda a transportar las vitaminas a través de la sangre.

En un estudio, los investigadores analizaron las comorbilidades, junto con el estado de vitamina D y encontraron que "entre todas las variables, la edad, la diabetes, la hipertensión y la gravedad clínica, se relacionaron con el peor resultado". Los resultados de este estudio fueron tan convincentes, que sus autores los llamaron "estadísticamente significativos" y agregaron: "El estado de vitamina D parece influir en gran medida en la gravedad clínica de la Covid-19. Después de obtener un resultado positivo de Covid-19, lo primero que se debe hacer es medir los niveles de vitamina D de los pacientes y a partir de aquí, iniciar una terapia tanto curativa como preventiva".

Un artículo escrito por equipos israelíes y publicado en la revista PLOS ONE, acaba de confirmar la ***estricta correlación entre el nivel de vitamina D circulante antes de la infección por SARS-CoV-2 y el aumento sustancial del riesgo de evolución crítica de Covid-19 en caso de infección***.

Los autores siguieron a 1176 pacientes ingresados con Covid-19 en el hospital. Estos pacientes fueron seguidos porque se conocían sus niveles circulantes de vitamina D entre 14 y 730 días antes de su primera prueba positiva para SARS-CoV-2. Dado que el nivel circulante de vitamina D sigue una curva sinusoidal bien conocida, a partir de los ensayos de vitamina D disponibles es posible calcular el nivel efectivo de vitamina D en el momento de la infección por SARS-CoV-2. Los autores también tuvieron en cuenta la edad de los pacientes, que es bien conocida como la primera causa de la gravedad de la enfermedad.

Los datos demuestran claramente que para un nivel de vitamina D por debajo de 20 ng/ml, el riesgo de casos graves aumenta considerablemente. Entre una tasa de menos de 20 ng/ml y una tasa de más de 40 ng/ml, y teniendo en cuenta los

datos de los diferentes pacientes seguidos, los autores calculan que ***aumenta el riesgo de desarrollar una forma grave de Covid-19 por un factor de 14***

Este trabajo demuestra que ***el simple control del nivel de vitamina D por parte de su médico es suficiente para reducir el riesgo de una forma grave de Covid-19, por un coste insignificante y un tratamiento simple y sin riesgos***.

Un estudio que analizó la relación entre la infección grave por Covid-19 y los niveles de vitamina D demostró lo que los investigadores llamaron una ***relación "sorprendente" entre su nivel de vitamina D antes de contraer la supuesta variante Ómicron***.

No solo eso, los nuevos datos demuestran que ***el nivel de vitamina D recomendado de al menos 20 nanogramos por mililitro de sangre es demasiado bajo y debe ser como mínimo de 50***.

"Para la mayoría de las personas con una exposición inadecuada a los rayos del sol, la única forma de garantizar buenos niveles son los suplementos de vitamina D3", dice el profesor Wright. ***Un nivel bajo de vitamina D "sin duda es una causa principal de Covid-19 grave***".

Una investigación publicada en The Lancet y compilada antes de la aparición de las supuestas variedades encontró que, en comparación con los medicamentos ficticios, ***la vitamina D adecuada también redujo el riesgo de contraer otras infecciones respiratorias***.

Hay 2 formas biológicamente relevantes de vitamina D; la vitamina D2 y la vitamina D3. Ambas ofrecen beneficios, pero sólo una se absorbe y utiliza mejor por el cuerpo humano:

- *Vitamina D2, también conocida como ergocalciferol*. Algunas plantas producen la vitamina D2 en respuesta a la radiación UV. Las setas son un ejemplo, y muchos fabricantes de alimentos aprovechan esto irradiando setas para aumentar el contenido de nutrientes.

- *Vitamina D3, también conocida como colecalciferol*. Es la forma biológicamente más activa de vitamina D que se encuentra en los seres humanos y animales. Cuando la luz del sol baña la piel, convierte el colesterol en una forma activa de vitamina D3. Esta forma está involucrada en una multitud de procesos biológicos y es crucial para promover la absorción de calcio en los huesos.

La mayoría de los estudios que comparan, y siguen comparando, los efectos de la vitamina D2 y D3, coinciden en que **la vitamina D3 es muy superior para el cuerpo humano**. La investigación en los últimos diez años ha producido una cantidad abrumadora de evidencia de que la vitamina D3 se absorbe y utiliza mejor que la D2. **La suplementación con vitamina D3 también se ha demostrado que mantiene los niveles séricos de vitamina D a largo plazo**.

Un estudio que utilizó formas activas de **vitamina D3** demostró que ***los metabolitos de la vitamina pueden impedir que el SARS-CoV-2, se reproduzca y se expanda***. “Los investigadores de este estudio dicen que sus hallazgos ayudan a explicar un posible mecanismo de por qué los niveles bajos de vitamina D parecen promover la infección por Covid-19 y los malos resultados en ciertas personas. Esto se correlaciona con otros estudios que demuestran una relación entre la deficiencia de vitamina D y los malos resultados de la enfermedad. Se planean más estudios y ensayos clínicos para probar la efectividad de la vitamina D y el lumisterol como terapéutica antiviral para el Covid-19 en animales y humanos”. **Las formas activas de vitamina D y lumisterol pueden impedir las enzimas de replicación del SARS-CoV-2,** lo que indica que los nuevos metabolitos de la vitamina D y lumisterol son candidatos para la investigación de medicamentos antivirales.

“**La deficiencia de vitamina D se correlaciona significativamente con la gravedad de la infección por SARS-CoV-2**. Los estudios de cribado virtual basados en acoplamiento molecular predicen que la nueva vitamina D y los hidroximetabolitos de lumisterol relacionados pueden unirse a los sitios activos de dos enzimas con alta afinidad de la maquinaria de transcripción del SARS-CoV-2. Estas enzimas son la proteasa principal (Mpro) y la ARN polimerasa dependiente de ARN (RdRP), que desempeñan funciones importantes en la replicación viral y en el establecimiento de la infección. Según las afinidades de unión previstas y las interacciones específicas, identificamos 10 análogos de vitamina D3 (D3) y lumisterol (L3) como posibles socios de unión de SARS-CoV-2 Mpro y RdRP y, por lo tanto, probamos su capacidad para inhibir estas enzimas. Las mediciones de la actividad demostraron que 25 (OH) L3, 24 (OH) L3 y 20 (OH) 7DHC son los hidroximetabolitos más efectivos probados para inhibir la actividad del SARS-CoV-2 Mpro que causa una inhibición del 10% al 19%. Estos mismos derivados, así como otros hidroxiloesteroles y metabolitos de la hidroxivitamina D3, inhibieron la RdRP entre un 50% y un 60%. Por lo tanto, **la inhibición de estas enzimas por la vitamina D y los metabolitos del lumisterol puede proporcionar un enfoque novedoso para obstaculizar la infección por SARS-CoV-2**”.

La evidencia de la vitamina D contra Covid-19 satisface los criterios de causalidad de Hill en un sistema biológico, y docenas de estudios han demostrado que la vitamina D ayuda a reducir todos los riesgos asociados con Covid. El Dr. Joseph Ladapo, ha emitido un anuncio de servicio público en todo el estado en apoyo de las estrategias de prevención de Covid de sentido común, como optimizar su vitamina D, mantenerse activo, comer alimentos ricos en nutrientes y estimular su sistema inmunológico con suplementos.

Los criterios de Bradford Hill son un grupo principios (fuerza de asociación, consistencia de la evidencia, temporalidad, gradiente biológico, plausibilidad o mecanismo de acción y coherencia, aunque la coherencia aún necesita ser verificada experimentalmente) que pueden ser útiles para establecer evidencia epidemiológica de una relación causal entre una presunta causa y un efecto observado. Se ha utilizado

ampliamente en la investigación de salud pública y ***ha determinado que la insuficiencia de vitamina D por Covid es, de hecho, causal***.

Es importante darse cuenta de que su cuerpo está bien equipado para manejar casi cualquier infección, siempre que su sistema inmunológico funcione correctamente, ya que esa es la primera línea de defensa de su cuerpo. Los receptores de vitamina D se encuentran en una gran cantidad de tejidos y células diferentes, incluidas las células inmunitarias. Esto significa que ***la vitamina D juega un papel importante en su función inmunológica específicamente***.

Si falta vitamina D, su sistema inmunológico se verá afectado, ***lo que a su vez lo hará más susceptible a infecciones de todo tipo, incluido la Covid-19***. Tener suficiente vitamina D en su sistema puede reducir su riesgo de Covid-19 y otras infecciones respiratorias a través de varios mecanismos diferentes, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Reducir la supervivencia de los virus.
- Inhibir la replicación de virus.
- Reducir la producción de citocinas inflamatorias.
- Mantener la integridad endotelial (la disfunción endotelial contribuye a la inflamación vascular y a la alteración de la coagulación de la sangre, dos características de la supuesta Covid-19 grave).
- Aumento de las concentraciones de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2): la angiotensina II es una hormona peptídica natural que aumenta la presión arterial al estimular la aldosterona. La ACE2 normalmente consume angiotensina I, lo que reduce la concentración de angiotensina II. Sin embargo, la infección por SARS-CoV-2 regula a la baja la ACE2, lo que da como resultado una acumulación excesiva de angiotensina II, que empeora la infección.
- Estimular su función inmunológica general modulando sus respuestas inmunes innatas y adaptativas.
- Reducir la dificultad respiratoria.
- Mejora de la función pulmonar general.
- Ayudando a producir tensioactivos en sus pulmones que ayudan en la depuración de líquidos.
- Estimular la inmunidad de las células T, que juega un papel importante en la defensa de su cuerpo contra las infecciones virales y bacterianas. Cuando la señalización de la vitamina D se ve afectada, afecta significativamente la cantidad, calidad, amplitud y ubicación de la inmunidad de las células T CD8, lo que resulta en infecciones virales y bacterianas más graves. La respuesta de las células T de alta calidad en realidad parece ser mucho más

importante que los anticuerpos cuando se trata de proporcionar inmunidad protectora contra el SARS-CoV-2 específicamente.

- Aumento de la expresión de péptidos antimicrobianos en sus monocitos y neutrófilos, los cuales juegan un papel importante en la supuesta Covid-19.

- Mejora de la expresión de un péptido antimicrobiano llamado catelicidina humana, que ayuda a defender los patógenos del tracto respiratorio.

"Desde mi perspectiva, la optimización de ***la vitamina D es una de las estrategias más fáciles, menos costosas y más impactantes para reducir su riesgo de infección grave por SARS-CoV-2 y otras infecciones respiratorias***".

"La optimización de la vitamina D es particularmente importante para las personas de piel oscura (que tienden a tener niveles más bajos que los caucásicos a menos que pasen mucho tiempo al sol), los ancianos y aquellos con enfermedades crónicas preexistentes. Todos estos también son factores de riesgo para Covid-19, por lo que la optimización de los niveles de vitamina D en toda la población podría mejorar significativamente los resultados de Covid entre los más vulnerables".

Cómo la vitamina D influye en los riesgos de Covid:

- Reduce el riesgo de dar positivo en la prueba de Covid.

- Reduce el riesgo de supuesta enfermedad sintomática.

- Reduce la gravedad de la suouesta infección.

- Reduce el riesgo de hospitalización.

- Reduce su riesgo de muerte.

- Acelera la eliminación viral.

"Para una salud, función inmunológica y prevención de enfermedades óptimas, desea un nivel de vitamina D en sangre entre 60 ng / mL y 80 ng / mL durante todo el año. En Europa, las medidas que busca son 150 nmol / L y 200 nmol / L".

"Si vive en un lugar soleado como Florida y practica una exposición sensible al sol durante todo el año, es posible que no necesite ningún suplemento. La aplicación DMinder 30 es una herramienta útil para ver cuánta vitamina D puede producir su cuerpo según su ubicación y otros factores individuales".

"Muchos, desafortunadamente, no se exponen lo suficiente al sol por una razón u otra, y en estos casos, es posible que se requiera un suplemento de vitamina D por vía oral. Solo recuerde que el factor más importante aquí es su nivel en sangre, no la dosis, por lo que antes de comenzar, hágase la prueba para conocer su línea de base".

La deficiencia de tiamina (vitamina B1) es un factor en las infecciones graves, se relaciona con el desarrollo de fiebre alta. Ayuda a regular el sistema inmunológico innato. Es necesaria para el metabolismo de algunos metabolitos de la vitamina C. La vitamina C también funciona con los corticosteroides (se ha demostrado que la vitamina C y los corticosteroides funcionan de manera sinérgica), lo que ayuda a explicar la eficacia del Protocolo de Marik, el cual requiere 1500 miligramos (mg) de ácido ascórbico por vía intravenosa cada seis horas, así como 200 mg de tiamina cada 12 horas y 50 mg de hidrocortisona cada seis horas. El magnesio también es de suma importancia, ya que es necesario para activar la tiamina. Los estudios también han demostrado que la tiamina puede ser útil para tratar una larga lista de enfermedades y trastornos, incluyendo trastornos mitocondriales, insuficiencia cardíaca, delirio, fatiga tiroidea y enfermedad de Hashimoto (un trastorno autoinmunológico de la tiroides). La deficiencia de tiamina podría ser un factor en las pandemias.

Aunque las vitaminas C y D han atraído mucha atención para combatir la Covid-19, las vitaminas B también pueden ser importantes, en especial la niacina (B3), según dos artículos recientes.

El primero, el cual es el resultado de una colaboración entre investigadores de la Universidad de Oxford, la Universidad de los Emiratos Árabes Unidos y la Universidad de Melbourne, Australia.

Aunque no se han realizado estudios que utilicen vitaminas del complejo B en personas con Covid-19, los investigadores enfatizan que los suplementos podrían ser beneficiosos para prevenir y tratar esta enfermedad, ya que tienen efectos beneficiosos sobre el sistema inmunológico, la capacidad inmune y los glóbulos rojos (que ayudan a combatir las infecciones). Como indicaron los autores:

"Es necesario destacar la importancia de la vitamina B, ya que es muy importante para el funcionamiento celular, el metabolismo energético y la función inmunológica.

Asimismo, ayuda a reducir los niveles de citoquinas proinflamatorias, mejora la función respiratoria, mantiene la integridad endotelial, previene la hipercoagulabilidad y reduce la estadía en el hospital.

Por lo tanto, es importante evaluar el estado de la vitamina B en personas con Covid-19, la cual podría utilizarse como un complemento de los tratamientos actuales.

La vitamina B no solo ayuda a desarrollar y mantener la salud del sistema inmunológico, sino que podría prevenir o reducir los síntomas del Covid-19 o tratar la infección por SARS-CoV-2. Una mala nutrición aumenta la predisposición a infecciones con mayor facilidad; por lo tanto, es necesario llevar una buena alimentación para mejorar la capacidad inmune".

Es importante destacar que las vitaminas B pueden influir en varios procesos patológicos específicos del Covid-19, que incluyen:

- Replicación e invasión viral.
- Tormentas de citoquinas.
- Inmunidad adaptativa.
- Hipercoagulabilidad.

El artículo detalla cómo cada una de las vitaminas B puede ayudar a controlar varios síntomas del Covid-19:

Vitamina B1 (tiamina). La tiamina mejora la función del sistema inmunológico, protege la salud cardiovascular, inhibe la inflamación y ayuda en las respuestas de anticuerpos saludables. La deficiencia de vitamina B1 puede resultar en una mala respuesta de anticuerpos, lo que causa síntomas más graves. También existe evidencia que sugiere que la vitamina B1 podría detener la hipoxia.

Vitamina B2 (riboflavina). Se ha demostrado que la riboflavina junto con la luz ultravioleta reduce el factor infeccioso del SARS-CoV-2 por debajo del límite detectable en la sangre humana, el plasma y los productos plaquetarios.

Vitamina B3 (niacina/nicotinamida). La niacina es un componente fundamental de NAD y NADP, que son importantes para combatir la inflamación.

Vitamina B5 (ácido pantoténico). La vitamina B5 ayuda a curar heridas y reduce la inflamación.

Vitamina B6 (piridoxal 5'-fosfato/piridoxina). El piridoxal 5'-fosfato (PLP), que es la forma activa de la vitamina B6, es un cofactor en varias vías inflamatorias. La deficiencia de vitamina B6 está relacionada con una mala regulación de la función inmunológica. La inflamación aumenta la necesidad de PLP, lo que puede resultar en agotamiento.

De acuerdo con los autores, la deficiencia de B6 podría ser un factor en las personas con Covid-19 y con niveles elevados de inflamación. Además, la vitamina B6 también puede ayudar a prevenir la hipercoagulación que se observa en algunas personas con Covid-19.

Vitamina B9 (folato/ácido fólico). El folato, que es la forma natural de la vitamina B9 se encuentra en los alimentos y es necesario para sintetizar el ADN y las proteínas en la respuesta a la inmunidad adaptativa.

Hace poco se descubrió que el ácido fólico, que es la forma sintética que se encuentra en los suplementos, se utilizó para inhibir la furina, una enzima relacionada con las infecciones virales, lo que evita que la proteína del SARS-CoV-2 se una a las células. La investigación sugiere que el ácido fólico puede ser bueno durante las primeras etapas de Covid-19.

Otro artículo reciente encontró que el ácido fólico tiene una unión fuerte y estable para combatir el SARS-CoV-2. Esto también sugiere que puede ser un tratamiento adecuado para combatir la Covid-19.

Vitamina B12 (cobalamina). Es necesaria para la síntesis saludable de glóbulos rojos y del ADN. Una deficiencia de B12 aumenta la inflamación y el estrés oxidativo al elevar los niveles de homocisteína. El cuerpo puede eliminar la homocisteína de forma natural, siempre que obtenga cantidades suficientes de vitamina B9 (folato), B6 y B12.

La hiperhomocisteinemia, que es un problema de salud caracterizado por niveles elevados de homocisteína, causa disfunción endotelial, activa la acumulación de plaquetas, causa coagulación y disminuye las respuestas del sistema inmunológico.

La deficiencia de B12 también se relaciona con ciertos trastornos respiratorios. La edad puede disminuir la capacidad del cuerpo para absorber la vitamina B12 de los alimentos, por lo que la necesidad de utilizar suplementos puede aumentar con el envejecimiento.

De acuerdo con el artículo:

"Un estudio reciente demostró que los suplementos de metilcobalamina tienen el potencial de reducir el daño y los síntomas relacionados con la Covid-19. Un estudio clínico realizado en Singapur demostró que las personas con Covid-19 que recibieron suplementos de vitamina B12 (500 µg), vitamina D (1000 UI) y magnesio habían experimentado una menor gravedad de los síntomas de la Covid-19 y los suplementos redujeron la necesidad de oxígeno y cuidados intensivos".

El segundo artículo (que es una preimpresión y aún no se ha sometido a una revisión), se enfoca en la niacina (B3), lo que plantea la pregunta de si esta vitamina podría ser importante en el proceso de la enfermedad. Como se señala en el resumen:

"Se muestran propiedades antivirales definitivas, como el ácido nicotínico (NA, por sus siglas en inglés), como terapia para la enfermedad por coronavirus (Covid-19) tanto para tratar como para prevenir la enfermedad, al nivel en que la reversión o progresión de su patología continúa como una función intrínseca de la NA.

Esta investigación muestra cómo la propagación inflamatoria de la infección por el coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) se limita o se invierte para restaurar la salud con una suplementación bien tolerada de NA (~1-3 gramos por día)".

Como se señaló en este artículo, una característica principal de la patología de Covid-19 es la tormenta de citoquinas, que puede provocar insuficiencia orgánica y la muerte. El aumento de las citoquinas proinflamatorias es la causa de esta

cadena de eventos, los cuales incluyen la interleucina-6 (IL-6), la interleucina-1β (IL-1β), el factor de necrosis tumoral α (TNF-α) y la proteína quimioatrayente de monocitos 1 (MCP-1).

Si es posible disminuir y controlar estas citoquinas, existen más posibilidades de frustrar la tormenta de citoquinas y el daño que causan. El dinucleótido de nicotinamida y adenina (NAD +) también es importante, mientras que la niacina es un componente básico de la NAD. Como se explica en el artículo: "Be Well: A Potential Role for Vitamin D in Covid-19":

"El NAD + se libera durante las primeras etapas de la inflamación y tiene propiedades inmunomoduladoras, conocidas por disminuir las citoquinas proinflamatorias, IL-1β, IL-6 y TNF-α. Evidencia reciente indica que centrarse en el IL-6 podría ayudar a controlar la tormenta inflamatoria en personas con Covid-19".

Además de ejercer una marcada disminución en las citoquinas proinflamatorias, también se ha demostrado que la niacina:

- Reduce la replicación de varios virus, incluyendo el virus vaccinia, el virus de la inmunodeficiencia humana, los enterovirus y el virus de la hepatitis B.
- Reduce la infiltración de neutrófilos.
- Tiene un efecto antiinflamatorio en personas con lesión pulmonar.

La Covid-19 también genera tormentas de bradicinina. La bradiquinina es una sustancia química que ayuda a regular su presión arterial y es controlada por su sistema renina-angiotensina (RAS). La hipótesis de la bradicinina ofrece un modelo que ayuda a explicar algunos de los síntomas más inusuales de la Covid-19, incluyendo sus efectos en el sistema cardiovascular.

Los investigadores han descubierto que el SARS-CoV-2 regula descendentemente la capacidad para degradar o descomponer la bradicinina. El resultado final es una tormenta de bradicinina, que al parecer es un factor importante en muchos de los efectos letales del Covid-19, quizás incluso más que las tormentas de citoquinas relacionadas con la enfermedad. A medida que se acumula la bradicinina, aparecen los síntomas más graves del Covid-19.

La vitamina D tiene un impacto significativo en el RAS y puede ayudar a prevenir una tormenta de bradicinina, mientras que la niacina también es un factor importante. Como se indica en el artículo:

"Se ha informado que administrar NA es muy efectivo para prevenir el daño al tejido pulmonar involucrado en esta patología. De hecho, los autores de un artículo de marzo de 2020 in Nature, concluyeron que es una excelente opción utilizar suplementos de niacina para tratar la Covid-19".

El artículo profundiza en los aspectos bioquímicos de cómo funciona la niacina en el cuerpo, por lo que es importante consultarlo. En resumen, en lo que respecta al Covid-19, lo más importante es comprender que parece haber una relación causal entre los niveles bajos de niacina y la infección por SARS-CoV-2.

De acuerdo con los autores, la capacidad del SARS-CoV-2 para invadir el cuerpo depende si la señalización del calcio puede proceder de manera correcta, lo que a su vez depende de la presencia de NAADP. Como se explica en la sección citada antes, la niacina forma NAADP en el cuerpo. La señalización de calcio dependiente de NAADP es responsable de inhibir el ingreso viral en las células y expulsar al virus de las células infectadas.

Los autores enfatizan que "nada fuera del suministro adecuado de niacina es capaz de conducir al suministro de NAADP que se necesita en estos entornos ácidos para contrarrestar la progresión de la enfermedad inflamatoria".

También señalan que el efecto rubor que se obtiene forma parte de cómo la niacina expulsa los radicales libres inflamatorios fuera de las células. A medida que consuma el suplemento en una dosis constante y elevada, disminuirá el rubor de manera gradual, lo que es una señal de que el cuerpo está alcanzando una homeostasis saludable.

"Esto representa quizás el estado ideal que debería alcanzarse y mantenerse a partir de entonces, en términos de dosificación de niacina, para revertir y prevenir la inflamación". Afirman los autores.

Como una "terapia restauradora" para las personas diagnosticadas con SARS-CoV-2, recomiendan comenzar con una dosis de 500 miligramos de niacina, dos o tres veces al día, dentro de las primeras 48 horas de la aparición de los síntomas. Aumente la dosis a 1000 mg, dos o tres veces al día, a medida que la descarga disminuya.

"En el caso del subgrupo de personas que todavía padecen perfiles elevados de citoquinas a causa de los daños profundos de la infección por el SARS-CoV-2 "de larga duración", se ha informado que es necesario iniciar este tratamiento en un plazo de dos días e incrementarlo en el curso de unas semanas para aliviar la(s) dolencia(s) y restablecer la salud".

Aunque los autores sugieren que se puede utilizar la niacina de forma preventiva, no estoy de acuerdo si se usa esa misma dosis. De acuerdo con los autores:

"Al proporcionar suficiente NAADP, este mismo régimen de dosificación puede funcionar como tratamiento preventivo, lo que puede interpretarse como la incapacidad física/bioquímica de la progresión del SARS-CoV-2 para ingresar en el cuerpo o inducir la replicación, el inicio de la infección o la progresión de la enfermedad en una persona que no había estado infectada".

Las dosis elevadas en las infecciones graves pueden ser valiosas, pero soy escéptico. Soy un gran admirador de aumentar los niveles de NAD + y lo he

estado haciendo durante años. Mi investigación sugiere que solo se necesitan cerca de 25 mg por día de niacina, lo que no provocará el rubor. Creo que la mayoría se beneficiaría de consumir 25 mg de niacina al día, con un complejo B que contenga tiamina (B1), ya que también ha demostrado ser beneficioso en los casos de Covid-19.

Otras alternativas a la niacina serían el ribósido de nicotinamida (NR) y el mononucleótido de nicotinamida (NMN), que es mi favorito. Creo que combinarlos en supositorios rectales evitaría la mayor parte de la metilación del suplemento y ofrecería niveles más elevados de NAD + en los tejidos.

Otra desventaja de la niacina en dosis elevadas es que se descompone en nicotinamida, la cual inhibe el Sirt1 en dosis elevadas, que es una proteína importante para la longevidad.

El peróxido de hidrógeno nebulizado al 0.1 % parece una mejor estrategia que la niacina. Nunca he visto ni escuchado que haya fallado en relación al Covid-19.

Como regla general, se recomienda obtener la mayor parte al consumir alimentos reales. Lo cual funcionará para la mayoría de las vitaminas B, pero no si usa niacina con fines terapéuticos. Para ello, es importante tomar un suplemento.

Si está tratando de mejorar los niveles de vitamina B, es importante limitar el consumo de azúcar y consumir más alimentos fermentados. La razón de esto es que todas las vitaminas del grupo B se producen dentro del intestino, siempre y cuando tenga una buena salud del microbioma intestinal. Consumir alimentos reales, que incluyen muchas verduras de hoja verde y alimentos fermentados, ofrece al microbioma grandes cantidades de fibra y bacterias beneficiosas para mejorar la producción de vitamina B.

Investigaciones recientes demuestran que **la actividad biológica de la** curcumina **reduce la gravedad del Covid-19**. **Los resultados clasifican a la curcumina entre las cinco principales sustancias comprobadas que, cuando se usa a tiempo, ayuda a reducir la enfermedad y la muerte por Covid**. La cúrcuma es una planta perenne de la familia del jengibre originaria del sur de la India e Indonesia. Al igual que el jengibre, es el rizoma subterráneo que se utiliza para cocinar y con fines medicinales. Desde hace años se ha utilizado en la medicina ayurvédica y la medicina tradicional china. En general, tuvieron mejores resultados clínicos y una tasa de mortalidad más baja que el grupo de control. Con base en sus resultados, los investigadores también concluyeron que **la curcumina podría ser una opción terapéutica para prevenir eventos tromboembólicos posteriores al Covid**.

El medicamento que ocupa el primer lugar para tratar el Covid-19 a tiempo es la proxalutamida. Es un antagonista del receptor de andrógenos que en ensayos clínicos ayudó a tratar el cáncer de próstata y de mama. Al comienzo del brote de Covid-19, la compañía descubrió que el medicamento podría limitar la expresión de la proteína transmembrana serina 2 (TMPRSS2) y los receptores ACE-2, que desempeñan un papel muy importante en la gravedad del Covid-19. Un estudio

que involucró a 236 hombres y mujeres con Covid-19 apoyó la hipótesis. Para el día 7, el virus no se detectó en una prueba de PCR con un umbral de ciclo superior a 40 (ya sabemos que con esos ciclos de amplificación, los resultados están sujetos a una alto porcentaje de error) en el 82% de las personas que tomaban proxalutamida. **El tiempo promedio que tardaron los pacientes en mostrar una reducción clínica en el grupo de tratamiento fue de 4.2 días en comparación con 21.8 días en el grupo de placebo**.

La quercetina es un flavonoide, un pigmento natural que se encuentra en muchas plantas y alimentos como cebollas, té verde, manzanas, lechuga de hoja roja y bayas. Tiene efectos antioxidantes y antiinflamatorios que ayudan a reducir la hinchazón, regular el azúcar en la sangre y reducir el riesgo de enfermedades del corazón.

Modern Discontent, un editor independiente de artículos científicos sobre el coronavirus de Wuhan (Covid-19), publicó una revisión de la quercetina y sus beneficios en relación con la enfermedad. Dio un resumen sobre cómo la quercetina ayuda a transportar el zinc, que tiene actividad antiviral, a la célula de un cuerpo humano. También ha demostrado que puede inhibir el acoplamiento del receptor ACE2, lo que ayuda a prevenir la unión viral y, finalmente, la entrada viral en la célula.

Los alimentos y bebidas que contienen quercetina incluyen uvas, bayas, cerezas, manzanas, cítricos, cebollas, trigo sarraceno, brócoli, col rizada, tomates, vino tinto y té negro. Las cebollas tienen el nivel más alto de quercetina en comparación con otros productos probados porque contiene aproximadamente 300 mg por kilogramo.

La quercetina, uno de los flavonoides más comunes y bien investigados, también se encuentra en remedios herbales como el ginkgo biloba y la hierba de San Juan.

Si está tomando quercetina como suplemento, la dosis más común es de aproximadamente 500 mg cada día, aunque algunas personas pueden tomar hasta 1000 mg diarios.

Los suplementos también pueden tener otras sustancias, como la bromelina o la vitamina C, que pueden ayudar al cuerpo a absorber la quercetina de manera más efectiva. Actualmente, la quercetina está siendo estudiada por sus beneficios en la lucha contra el SARS-CoV-2 y está mostrando efectos idénticos al igual que la hidroxicloroquina.

La quercetina puede ayudar a dificultar la liberación de citoquinas proinflamatorias e histamina al ajustar la afluencia de calcio en la célula. Equilibra los mastocitos y gestiona las propiedades funcionales básicas de las células inmunes, inhibiendo una serie de objetivos moleculares en el rango de concentración micromolar al regular o suprimir las vías y funciones inflamatorias.

También actúa como un ionóforo de zinc, que es un compuesto que transporta zinc a las células humanas. Este es uno de los sistemas que puede detallar la

efectividad observada con la hidroxicloroquina, que también es un ionóforo de zinc. Refuerza la respuesta del interferón a los virus, incluido el SARS-CoV-2, al prevenir la expresión de la caseína quinasa II (CK2), que es una enzima que es fundamental para controlar la homeostasis a nivel celular.

Larevisión de Modern Discontent también incluye informes de ensayos clínicos relacionados con la quercetina en el contexto del tratamiento de Covid-19.

En el primer estudio, que no probó la quercetina de forma aislada, las personas que recibieron gotas de quinina y quercetina tuvieron una menor incidencia de Covid-19 en comparación con el grupo de control. En otro ensayo, 76 participantes con Covid fueron tratados con quercetina y otro grupo de 76 pacientes recibió solo la atención estándar. Solo el 9.2 por ciento de los participantes del grupo de quercetina necesitaron hospitalización, mientras que el 28.9 por ciento fueron hospitalizados del otro grupo.

También se ha confirmado que la quercetina regula a la baja la capacidad que tiene una célula para generar interferón tipo 1 cuando es atacada por un virus. El interferón no ataca al virus, pero le dice a la célula infectada y a las células que rodean la célula infectada que produzcan proteínas que detengan la replicación viral. En resumen, la quercetina impide que la CK2 se entrometa con la acción del interferón tipo 1 para que las células puedan recibir la señal para detener la replicación viral.

La capacidad antiviral común de la quercetina se ha atribuido a tres medios principales de acción, a saber: unirse a la proteína espiga para inhibir su capacidad de infectar las células huésped, prevenir la replicación de las células ya infectadas y reducir la resistencia de las células infectadas al tratamiento con medicamentos antivirales.

Mientras tanto, dos estudios publicados recientemente **confirmaron que la quercetina es beneficiosa como terapia adjunta en el tratamiento ambulatorio temprano de la infección leve por SARS-CoV-2.**

En un estudio, los pacientes con Covid que recibieron quercetina aparte de analgésicos y un antibiótico limpiaron el virus más rápido que aquellos que solo tomaron analgésicos y antibióticos, mientras que un mayor número de pacientes notó síntomas reducidos.

En el segundo estudio, la suplementación diaria de quercetina durante un mes disminuyó la frecuencia y la duración de la hospitalización, el uso de oxigenoterapia no invasiva, los cuidados intensivos y las muertes.

Dichos estudios demostraron **que la quercetina**, **con sus propiedades antivirales, anticoagulantes, antiinflamatorias y antioxidantes, son vitales en el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2**.

En otro estudio se demostró que **la quercetina puede ser un potente refuerzo inmunológico y antiviral de amplio espectro. Así que, puede ser útil tanto**

para la prevención como tratamiento contra la Covid-19. La quercetina también podría inhibir la liberación de citoquinas proinflamatorias e histamina al modular la entrada de calcio en la célula. También estabiliza los mastocitos y tiene un efecto regulador directo sobre las propiedades funcionales básicas de las células inmunológicas, lo que le permite inhibir un enorme arsenal de objetivos moleculares en el rango de concentración micromolar, ya sea por regulación negativa o al suprimir muchas vías y funciones inflamatorias.

"Muestra una amplia gama de propiedades antivirales que puede interferir en varios pasos de la virulencia del patógeno: entrada de virus, replicación del virus, ensamblaje de proteínas. Los efectos pueden aumentarse con la coadministración de vitamina C. Además, debido a la falta de efectos secundarios graves y los bajos costos, recomendamos encarecidamente la administración combinada de estos dos compuestos tanto para la profilaxis como para el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio, especialmente incluyendo pacientes con Covid-19".

A modo de ejemplo práctico, podemos comentar el caso de una bloguera y su marido enfermo de neumonía (supuesto Covid) que se negó a que le aplicaran los protocolos de los hospitales, como intubar o el uso de ventiladores, que se sabe que hace daño a los pulmones inflamados de los enfermos con neumonía bilateral (1) (2) (3) (4). En su lugar exigió que le aplicaran vitamina C intravenosa, zinc intravenoso, vitamina D y para la inflamación pulmonar el esteroide inhalado Budesonida. Resultado: en 3 días y medio estaba fuera de cuidados intensivos y en 5 días fuera del hospital, habiendo entrado con una saturación del 72%. Por otro lado, el presentador de podcast y comentador deportivo de la UFC, Joe Rogan, aseguró a sus más de 13 millones de seguidores que se curó de Covid en tres días tomando, entre otros medicamentos, Ivermectina. Según el Dr. Pierre Kory y verificado por Front Line Covid-19 Critical Care Alliance (FLCCC), de 100 a 200 representantes del Congreso y/o personal y familias que contrajeron Covid-19 fueron tratados con el protocolo Front Line Ivermectin.

Veamos otro ejemplo práctico. En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el Dr. Brian M. Tyson sobre tratamientos tempranos y otras políticas adoptadas para la Covid: "Hemos tratado el Covid-19 desde el principio. Hemos estado usando un tratamiento temprano. Nuestros éxitos han sido sobresalientes". Explica que en su práctica médica, el tratamiento temprano se refiere al tratamiento antes del séptimo día de la infección. **De los 6000 pacientes de Covid que se han tratado antes del séptimo día, solo cuatro personas terminaron en el hospital y una tasa de mortalidad del 0%**. "Como todo en la medicina, el tratamiento temprano gana". Describió varios tratamientos que utilizaron basándose en conocimientos previos sobre tratamientos para infecciones virales y en los síntomas que presentaban los pacientes. "Luego apareció la ivermectina, aproximadamente en octubre, y comenzamos a ver la respuesta a la ivermectina, especialmente en pacientes enfermos. Entonces, la ivermectina pareció hacer algo que no esperábamos, que básicamente fue destruir el virus. Evitó la unión y también agregó un efecto antiinflamatorio y un ionóforo de zinc. Lo siguiente que sabes es que, en dos o

tres días, estos pacientes cambiaron. Estos son **pacientes que se estaban preparando para estar con ventiladores. Las oxigenaciones pasaron del 84% al 94% en 48 a 72 horas**. Así es como empezó el protocolo. Está siguiendo la ciencia. Está siguiendo el proceso de reevaluación. Y no puedo expresar lo importante que es eso. **La ivermectina, hidroxicloroquina, zinc, zithromax y los esteroides son medicamentos seguros y pueden usarse para tratar Covid**".

El estado de Uttar Pradesh en India, que tiene el equivalente a dos tercios de la población de Estados Unidos, ha sido declarado libre de Covid, anunció el gobierno estatal recientemente. No hay más casos activos de coronavirus en los 33 distritos de Uttar Pradesh, que tiene una población de 241 millones de personas. En general, **el estado tiene un total de 199 casos activos, mientras que la tasa de positividad se ha reducido a menos del 0.01% y la tasa de recuperación ha mejorado al 98.7%**.

¿Cómo es posible que Uttar Pradesh se haya recuperado por completo de Covid a pesar de que solo el 13.80% de su población ha sido completamente "vacunada", en comparación con los Estados Unidos que a día 17 de septiembre de 2021 tiene el 54.98% de su población completamente "vacunado"?

La respuesta es que probablemente se deba al uso temprano y a la adecuada distribución de ivermectina a sus ciudadanos por parte del gobierno. "La introducción oportuna de ivermectina desde la primera ola ha ayudado al estado a mantener una tasa de positividad relativamente baja a pesar de su alta densidad de población. Las tasas más bajas de positividad y letalidad pueden atribuirse al uso a gran escala de ivermectina en el estado": Vikssendu Agrawal, oficial de vigilancia del estado de Uttar Pradesh.

Aunque hay algunos que nos quieren mostrar que la ivermectina no se debería de usar, la realidad científica basada en datos objetivos, es bien distinta. Hay un buen resumen de la ciencia que ha surgido en relación con la ivermectina y la Covid. Fue elaborado por la Canadian Covid Care Alliance, un grupo de más de cien médicos, científicos y otros académicos canadienses. Los científicos, organizaciones y médicos que apoyan la ivermectina han sido tachados de teóricos de la conspiración que difunden información falsa. Es lamentable que se haya permitido muy poco diálogo significativo en torno a la ivermectina. En su lugar, hemos visto cómo se ridiculiza y se difunde información falsa para enturbiar la percepción pública.

"Los meta-análisis basados en 18 ensayos de tratamiento controlado y aleatorio de la ivermectina en el Covid-19 **han encontrado grandes reducciones, estadísticamente significativas, en la mortalidad, el tiempo de recuperación clínica y el tiempo de eliminación del virus**. Además, **los resultados de numerosos ensayos controlados de profilaxis informan de una reducción significativa del riesgo de contraer Covid-19 con el uso regular de ivermectina**. Por último, los numerosos ejemplos de campañas de distribución de ivermectina que conducen a una rápida disminución de la

morbilidad y la mortalidad en toda la población indican que se ha identificado un agente oral eficaz en todas las fases del Covid-19".

El FLCC revisó los datos de 27 ensayos sobre los efectos de la ivermectina y concluyó que "**demuestra una fuerte señal de eficacia terapéutica" contra la Covid-19. "Los datos demuestran la capacidad del fármaco Ivermectina para prevenir la Covid-19**, para evitar que aquellos con síntomas tempranos progresen a la fase hiperinflamatoria de la enfermedad, e incluso para ayudar a la recuperación de pacientes en estado crítico", concluyen los investigadores.

La organización también ha publicado una base de datos que contiene los resultados de 113 ensayos sobre la Covid-19 con ivermectina, 73 de los cuales fueron revisados por expertos y 63 compararon grupos de tratamiento y de control. Las pruebas de las 63 investigaciones controladas revelan que la terapia temprana mejora los resultados de los pacientes en un 69%. En 31 estudios controlados aleatorios, 613 científicos y 26 398 pacientes participaron en los 63 ensayos.

Otras investigaciones descubrieron que 14 ensayos profilácticos mejoraron en un 86%, 27 ensayos de tratamiento temprano mejoraron en un 69%, 22 ensayos de terapia tardía mejoraron en un 40% y 31 ensayos controlados aleatorios mejoraron en un 60%.

Según el estudio de la OMS de 2018, el coste directo de 100 pastillas de 12 mg de Ivermectina es de 2.90 dólares. Un tratamiento de 5 días de Ivermectina cuesta entre 60 céntimos y 1.80 dólares, según un estudio de 2020.

En el estudio que se ha publicado en ACS Infectious Disease and Antioxidants propusieron que el **glutatión influye en la lucha contra la respuesta inflamatoria grave que causa el virus SARS-CoV-2**. El grupo de investigación del estudio lo calificó como la "causa más probable de las manifestaciones graves y muertes en pacientes con Covid-19". Cuando se altera, el estrés oxidativo puede provocar la "muerte celular y contribuir al desarrollo de la enfermedad". **El glutatión interviene en la respuesta inflamatoria, que según los investigadores es un medio factible para tratar y prevenir la enfermedad por Covid-19** y señalaron que:

"La hipótesis de que la deficiencia de glutatión es la explicación más plausible para los casos graves y muerte en pacientes con Covid-19 se propuso con base en observaciones y un análisis exhaustivo de la literatura. La hipótesis aclara los misterios de los datos epidemiológicos sobre los factores de riesgo que determinan los casos graves de la infección por Covid-19 y el mayor riesgo de muerte y, además, constituye una verdadera oportunidad para tratar y prevenir esta enfermedad de forma eficaz".

En mayo de 2020, el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center publicó un ensayo en ClinicalTrials.gov en el que se realizó un estudio con N-acetilcisteína (NAC) en pacientes con Covid-19, que es la primera investigación de su tipo. El equipo planeó inscribir pacientes con enfermedades graves y evaluar el uso de 6 gramos

de NAC que se administraron por vía intravenosa todos los días, junto con otros tratamientos; el estudio se actualizó por última vez en marzo de 2021 y el equipo señaló que:

"… un medicamento llamado **N-acetilcisteína puede ayudar a combatir el virus Covid-19 al estimular un tipo de célula en su sistema inmunológico que ataca las infecciones**. Al ayudar a su sistema inmunológico a combatir el virus, los investigadores creen que la infección mejorará, lo que podría ayudar a que el paciente salga de la unidad de cuidados intensivos o se desconecte del ventilador o bien, evitar que ingrese a la unidad de cuidados intensivos o se conecte a un ventilador".

Además de utilizar glutatión durante una enfermedad, **Polonikov sugiere que el glutatión podría utilizarse como agente preventivo** y con base en su análisis exhaustivo de la literatura, dijo que cree que **la deciencia de glutatión es una razón plausible para la enfermedad grave por Covid-19**.

El estrés oxidativo contribuye a la hiperinflamación del pulmón que provoca los resultados adversos de la enfermedad como el síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia multiorgánica y muerte; **una mala defensa antioxidante debido a la deficiencia endógena de glutatión como resultado de una baja biosíntesis y agotamiento excesivo de GSH es la causa más probable de un daño oxidativo en el pulmón**, sin importar los factores como el envejecimiento, comorbilidad de enfermedades crónicas, tabaquismo o algunos otros responsables de este déficit.

El daño oxidativo también influye en la enfermedad grave por Covid-19, mientras que, en un segundo vídeo, Seheult explica cómo el Covid-19 es el escenario perfecto para producir niveles elevados de estrés oxidativo al incrementar los niveles de superóxido, que son especies reactivas del oxígeno (ROS) muy dañinas.

A medida que el virus utiliza la enzima ACE2, produce angiotensina II, lo que a su vez produce más superóxido y los niveles de ROS se pueden reducir con glutatiónperoxidasa, ya que oxida el glutatión en el proceso de convertir H2O2 a agua. Como lo describe Polonikov, **la deficiencia de glutatión incrementa los niveles de ROS**.

La poderosa acción antioxidante del glutatión hizo que se ganara el apodo del "antioxidante maestro" y los antioxidantes ayudan a evitar que otras moléculas se oxiden. La mayoría de las proteínas se construyen a partir de un conjunto de 20 aminoácidos, su mecanismo y secuencia precisa producen la actividad biológica específica que se relaciona con esa proteína. Pero para formar la molécula de glutatión se necesitan tres aminoácidos (glutamato, glicina y cisteína). Una de las funciones del glutatión es reciclar otros antioxidantes, lo que ayuda a incrementar la efectividad y reciclar las moléculas. Por otro lado, las deficiencias de determinadas vitaminas como C, E y A pueden provocar una deficiencia de glutatión. La NAC es un precursor del glutatión reducido y tiene un largo historial de uso contra la intoxicación por acetaminofén, ya que neutraliza de manera

eficaz la toxina al recargar el glutatión y prevenir el daño hepático. Estudios previos también encontraron que puede reducir la replicación viral, que incluye al virus de la influenza y es importante destacar que la NAC también ayuda a contrarrestar la hipercoagulación, ya que tiene propiedades anticoagulantes e inhibidoras de plaquetas, lo que en gran parte se debe a que el azufre en la NAC reduce los enlaces disulfuro entre cadenas por factores de Von Willebrand que contribuyen con la formación de coágulos. Una vez que se rompen los enlaces de azufre del factor von Willebrand, los coágulos comienzan a disolverse y los vasos sanguíneos se abren de nuevo, lo que permite el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. La NAC es una alternativa efectiva y segura a los agentes antitrombóticos disponibles en la actualidad para restaurar la permeabilidad de los vasos después de la oclusión arterial.

Como comenta en el vídeo, Seheult cree que el daño causado por la Covid-19 va más allá del estrés oxidativo y señala que los coágulos de los pacientes con Covid confirmado son ricos en plaquetas, lo que indica otro mecanismo que involucra los enlaces disulfuro, además explica: "Y como ya lo hemos dicho, la N-acetilcisteína y el glutatión reducido, romperán estos enlaces disulfuro, harán que se rompan y acaben con la obstrucción y la hipoxemia que causa el Covid-19; le repito, todo esto es una hipótesis, pero parece encajar a la perfección". Los alimentos que han tenido un impacto positivo en la producción de glutatión incluyen vegetales crucíferos como: el brócoli, el té verde, la curcumina, el romero y el cardo mariano. Dormir bien también podría ayudar.

Y hay diferentes tipos de ejercicio que también pueden influir de forma positiva en sus niveles. En un estudio, los investigadores inscribieron a 80 voluntarios sanos pero sedentarios para medir el tipo de ejercicio que podría tener el mayor efecto y descubrieron que el entrenamiento aeróbico junto con el entrenamiento de fuerza produjo el mayor beneficio.

Se han llevado a cabo muchos estudios y escrito muchas revisiones que demuestran que el glutatión, así como otros antioxidantes, efectivamente juegan un papel en determinar la severidad de Covid-19 y en su prevención.

Incluso se ha visto que dietas **altas en antioxidantes, selenio y zinc influían significativamente en la recuperación de pacientes con Covid-19** y se ha revisado de forma seria su papel en la protección del corazón e hígado de proceso oxidativos comunes en la inflamación. Por revolucionario que le pueda parecer a algunos, sí, las dietas influyen en las respuestas inmunes y en las resoluciones de cuadros infecciosos.

Existen diversas aproximaciones terapéuticas para evitar que la inflamación, el daño endotelial, y sus consecuencias impacten en los pacientes de forma que acaben intubados en cuidados intensivos. Si los médicos conocen y comprenden la patogenia de Covid-19, tal vez recuerden que ellos tienen el conocimiento suficiente y adecuado para evitar aplicar "protocolos unitalla" para tratar Covid-19, sino para entender lo que ocasiona el virus SARS-CoV-2 en el contexto de su paciente, que tiene una edad, sexo, historia clínica, nutrición y condición determinados.

Una de las formas de tratamiento preventivo y muy temprano recomendadas por los médicos de Covid y la literatura académica, es la irrigación nasal y oral con una solución de betadine y enjuague bucal, respectivamente. Está diseñado para reducir la carga viral, que es fundamental para evitar enfermedades graves. Aquí un vídeo del Dr. Jeffrey S. Rosenbloom en el que explica cómo utilizarlo. Un ensayo controlado aleatorio en Bangladesh de 606 personas, la mitad de las cuales tomó los aerosoles de yodo nasal y oral, logró una reducción del 84% en las hospitalizaciones por Covid y una reducción del 88% en la mortalidad.

Se ha establecido que el yodo tiene una actividad antimicrobiana de amplio espectro contra patógenos bacterianos, virales, fúngicos y protozoarios y se ha utilizado como antiséptico para la prevención de infecciones y el tratamiento de heridas durante décadas", dijo el Dr. Eric Hensen, un médico de oído, nariz y garganta certificado por la junta en Texas en una entrevista con TheBlaze. Hensen, que ha estado tratando a cientos de pacientes con Covid de forma gratuita en su oficina del este de Texas y a través de la telemedicina, nunca ha habido enfermos significativos de Covid y lo atribuye, en parte, a su uso de irrigación nasal y oral que ha permitido reducir las peligrosas cargas virales.

Desinfección ultravioleta del aire

El New York Times ha publicado un ensayo de tres profesores sobre una tecnología "altamente efectiva" para prevenir la propagación de Covid-19 en "entornos de alto riesgo" como hogares de ancianos y lugares propensos a "eventos de superpropagación".

Basado en más de 500 horas de investigación, el instituto Just Facts ya identificó la misma tecnología en septiembre de 2021 y la promocionó entre académicos, funcionarios públicos, periodistas y comentaristas. Sin embargo, la mayoría de ellos ignoraron deliberadamente la investigación, mientras que Big Tech incluso la suprimió, lo que costó innumerables vidas.

Se ha demostrado que la tecnología, llamada desinfección ultravioleta del aire, detiene la propagación de enfermedades respiratorias contagiosas en entornos como escuelas y hospitales. Es tan efectivo que cuando se usó en un ala de un hospital VA de California durante la epidemia de influenza asiática de 1958, ni un solo paciente contrajo la enfermedad. En cambio, la epidemia golpeó la otra ala del mismo hospital "con fuerza explosiva", produciendo una "enfermedad grave y postrante" en el 19% de los pacientes.

Los profesores que escribieron el ensayo del Times se especializan en "salud ambiental y cómo prevenir la supuesta transmisión aérea de enfermedades como la Covid".

La luz ultravioleta (UV) es una parte invisible del espectro de energía emitida por el sol, y también puede ser generada por lámparas. Múltiples estudios han encontrado que mata hábilmente los microbios en el aire, evitando así la propagación de enfermedades respiratorias contagiosas. Estas lámparas se pueden implementar de varias maneras, cada una con ventajas y desventajas.

Los estudios más exitosos de los sistemas de desinfección UV se han llevado a cabo con UV del "cuarto superior". Esto implica instalar lámparas ultravioleta sobre las cabezas de las personas para que la luz ultravioleta no entre en sus ojos.

Aunque invisible, el tipo de UV que se utiliza para tales sistemas puede causar dolor en los ojos después de horas de exposición directa, lo que no ocurre si la luz permanece por encima de sus cabezas. Cuando se usan con ventiladores para aumentar la circulación, los sistemas UV de la habitación superior pueden desinfectar el aire de una habitación a tasas muy altas de 57 a 100 veces por hora.

Además, los profesores afirman que existen sistemas UV "más nuevos, disponibles comercialmente" que "no irritan los ojos" y "pueden usarse de manera segura en las áreas inferiores de una habitación y pueden desinfectar directamente el aire entre las personas sentadas a la mesa". Sin embargo, no documentan esta afirmación.

Otra opción son los dispositivos "en conductos" que usan UV para desinfectar el aire a medida que pasa a través de los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado (HVAC). Los estudios de laboratorio y de campo han encontrado repetidamente que estos sistemas matan la gran mayoría de los microbios en el aire que fluyen a través de ellos, pero sus tasas de renovación de aire suelen ser mucho más bajas que los sistemas UV de la habitación superior. Por ejemplo, las tasas de renovación del aire HVAC en el Centro de Convenciones del Estado de Washington oscilan entre 5.9 y 20.1 veces por hora, lo que es entre un 65% y un 94% más bajo que el UV de la sala superior.

Algunos estudios no han podido encontrar beneficios de la luz ultravioleta de la habitación superior, pero como se explica en un artículo de 2010 en la revista Public Health Reports, se realizaron en situaciones en las que había "un alto riesgo de contraer la misma infección fuera del lugar donde" la luz ultravioleta se desplegó, como los autobuses escolares. Esto no es un problema para lugares como hospitales y hogares de ancianos, donde las luces UV se pueden instalar donde quiera que estén los pacientes y los residentes.

La conclusión es que los sistemas UV bien diseñados son efectivos para detener la supuesta propagación de Covid-19 porque matan los viriones del SARS-CoV-2 en lugar de simplemente intentar bloquearlos.

Ionizadores

En la última década se han acumulado evidencias que permiten afirmar que los radicales libres y el conjunto de especies reactivas que se les asocian juegan un papel central en nuestro equilibrio homeostático. Las reacciones químicas de los radicales libres se dan constantemente en las células de nuestro cuerpo y son necesarias para la salud, pero el proceso debe ser controlado con una adecuada protección antioxidante. Entre los antioxidantes que se ingieren por la dieta destacan las vitaminas y los compuestos fenólicos que por diversos mecanismos neutralizan especies radicalarias. Estas especies pueden encontrarse en el plasma

sanguíneo, el que puede estabilizar especies reactivas del oxígeno, previniendo reacciones que pueden generar especies aún más nocivas. Es de especial importancia su consumo moderado a través de la dieta y evitar los factores de riesgo que inducen reacciones oxidativas en nuestro organismo.

¿Qué es un radical libre?

Se trata de átomos o grupos de átomos que tienen un electrón desapareado o libre. Hay que recordar que los electrones gravitan alrededor del núcleo del átomo, al igual que los planetas alrededor del Sol, solo que apareados. Si uno de estos electrones, por cualquier motivo, se sale de su órbita, ese átomo o grupo de átomos, se convierten en un radical libre, altamente inestable. Para recuperar dicha estabilidad, tiene que "robar" un electrón a otro átomo vecino (un proceso denominado oxidación), lo que hace que éste se vuelva reactivo, y así sucesivamente, en lo que se llama reacción de propagación. Los radicales libres son muy reactivos y existen durante cortos períodos de tiempo (típicamente menor que 1ns) pero su efecto es extremo pues puede dañar la cadena de ADN. Son altamente inestables y recorren nuestro cuerpo intentando robar un electrón con vistas a recuperar su estabilidad electroquímica. Esto las hace muy peligrosos, porque para conseguirlo atacan moléculas estables. Una vez que el radical libre ha conseguido robar el electrón que necesita para aparear su electrón libre, la otra molécula se convierte a su vez en un radical libre, iniciándose así un ciclo destructivo para nuestras células. Al tratarse de átomos a los que les falta un electrón, intentan recuperarlo robándolo dentro del cuerpo de manera agresiva. Cuándo el proceso de recuperación del electrón se produce dentro de la célula, el núcleo de ésta puede ser dañado. Es algo que afecta al material genético celular y la célula degenera transformándose en cancerígena.

Están presentes tanto en las células de organismos como en el ambiente y a la larga oxidan todos los compuestos biológicos por medio de sus metabolitos reactivos. Causan la oxidación y peroxidación de lípidos, la desnaturalización de proteínas y la despolimerización de polisacáridos. Los RL alteran el ADN, rompen las membranas celulares, inactivan enzimas, interfieren con la inmunogenicidad y provocan carcinogénesis. En relación con las enfermedades, los RL son liberados durante la inflamación, isquemia o hipoxia de los tejidos.

Los radicales libres debido a su conformación, tienen el potencial de dañar las células de nuestro organismo que entran en contacto con ellos. En el organismo humano, los radicales libres se producen normalmente durante el metabolismo aeróbico celular, principalmente a nivel de la cadena respiratoria mitocondrial, fagocitosis, síntesis de prostaglandinas, y el sistema de la citocromo P450 en el hígado. Los radicales libres también se pueden generar a partir de reacciones no enzimáticas como las reacciones del oxígeno con compuestos orgánicos, y las producidas por las radiaciones ionizantes y no ionizantes. El daño del tejido puede ser lo suficientemente serio como para conducir a la muerte celular. Nuestro organismo se defiende del ataque de los radicales libres mediante el Sistema Antioxidante Endógeno. Por ello existe en nuestro organismo un delicado equilibrio entre la producción de radicales libres, necesarios por parte de nuestro sistema inmune, y la neutralización de radicales libres cuando se producen en

exceso. La mayoría de las veces la pérdida de este equilibrio en nuestro cuerpo provoca la presencia de cantidades exageradas de radicales libres, induciendo daño a las macromoléculas de la célula como acidosis nucleicos (ADN y ARN), proteínas y lípidos, que pueden conducir a mutagénesis y cáncer o a la muerte celular; en cualquier caso, aceleran el proceso de envejecimiento y posibilitan el desencadenamiento de enfermedades diversas.

Los RL son útiles contra bacterias y virus, pero actúan sobre el organismo aún después de haber concluido sus funciones en el metabolismo normal y en la lucha contra las infecciones. Por otra parte, el exceso de RL se neutraliza gracias a los mecanismos de defensa naturales del cuerpo, por ejemplo, la generación de enzimas oxidorreductasas como superóxido dismutasa, catalasa y peroxidasa. Si la concentración de estas enzimas es insuficiente, entran en juego los "barredores" antioxidantes no enzimáticos presentes en el cuerpo: betacaroteno, vitaminas A, E y C, cisteína, metionina, tirosina, selenio, ácido úrico, transferrina, cobre, cinc y manganeso. En un organismo saludable hay un buen equilibrio molecular entre la generación de RL y de sustancias protectoras, pero si la balanza se inclina a favor de los radicales libres, los daños generales por oxidación llevan a envejecimiento prematuro, cataratas, carcinogénesis y aterosclerosis. A su vez, esta última provoca hipertensión, angina, isquemia, accidentes cerebrovasculares y otros problemas. Las situaciones que estimulan la producción excesiva de RL son el tabaquismo y alcoholismo; la contaminación atmosférica por carcinógenos y mutágenos; insecticidas y herbicidas; la exposición excesiva a rayos ultravioleta, a reactores y a desastres nucleares; los agentes químicos para procesar alimentos, y los medicamentos anticancerosos. También desempeña un papel decisivo la "contaminación mental", es decir los pensamientos negativos que nacen de los celos, la ira, la avaricia y el odio. Otros efectos deletéreos se deben a estrés emocional o causado por el dolor (con aumento de glucocorticoides y catecolaminas) y al uso de ciertos medicamentos, por ejemplo antiangina. Entre los medios farmacológicos de combatir esos efectos cabe mencionar la nutrición clínica aplicada, terapia de oxígeno hiperbárico y deferroxamina, ácido edético (quelante de RL), enzima superóxido dismutasa, vitaminas A, C y E, alopurinol (inhibidor de la xantina oxidasa), dimetilsulfóxido y ditiotreitol (eficaces contra los daños producidos en los tejidos por radiactividad), bloqueadores de la vía del calcio como nifepidina y verapamil, inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina (ACE) como el captopril, y el vasodilatador pentoxifilina. Entre los medios no farmacológicos más efectivos deben considerarse el cese del consumo de tabaco y alcohol; el inicio de ejercicio físico, yoga y meditación trascendental (producen superóxido dismutasa y disminución de los RL); y el consumo de suplementos nutricionales (ricos en vitaminas y minerales).

Hay relación muy estrecha entre los radicales libres y algunos problemas de salud. Por ejemplo dolores corporales; jaquecas; nauseas; mareos; irritaciones oculares; cansancio excesivo; desmayos; desequilibrios electrolíticos, etc. También retención de líquidos; tensión baja; desequilibrios circulatorios; hemorragias; inflamaciones; pérdida de reflejos; embolias pulmonares; trombosis; estrés; desequilibrios emocionales; ausencias; apatía; bajo rendimiento intelectual; depresión; ansiedad; tendencia al suicidio; inducción a la drogadicción, etc.

Se puede decir que todos pueden ser problemas secundarios derivados de esto. De hecho, son trastornos considerados como subjetivos. Eso hace que sean condiciones que no se pueden relacionar con un fenómeno del que a nadie parece interesarle hablar. Pero no deja de ser sorprendente que sean problemas comunes para la gran mayoría de personas que permanecen en zonas en las que la electropolución o los campos electromagnéticos están presentes con elevadas cargas positivas.

El colesterol, sabemos que se acumula en las arterias dando origen a la arteriosclerosis. El resultado son infartos y otras enfermedades cardiovasculares. Pero hay que saber que el colesterol es una sustancia muy necesaria para el cuerpo. Cumple importantes funciones que tienen que ver con el metabolismo y la redistribución de las grasas. Pero este elemento se torna en peligroso cuándo se forman depósitos de colesterol en las venas. Ahora se sabe que estos depósitos de colesterol se forman por reacciones químicas causadas por los radicales libres o iones de carga positiva. Son moléculas de colesterol oxidadas. Han modificado su composición a causa de los radicales libres, depositándose en las venas. Hay estudios que pretenden aportar luz sobre la relación de enfermedad de Parkinson, la artritis reumatoide, la enfermedad de Alzheimer y algunos tipos de cáncer y los radicales libres.

La radiación ionizante con iones positivos en el ambiente, pueden producir la formación de radicales libres. Dichas radiaciones ionizantes pueden provenir de fuentes eléctricas o electrónicas, de campos electromagnéticos externos: antenas de telefonía móvil, electrodomésticos, aparatos de comunicación, sobre todo transformadores de carga de móviles, etc. También alfombras y moquetas de materiales acrílicos que contienen cargas de electricidad estática importantes. Y que además contribuyen a la acumulación de electropolución.

La función celular y orgánica está basada, regulada y coordinada por diferencias de gradientes o potenciales iónicos y moleculares bioquímicos y posteriormente electromagnéticas de baja frecuencia e intensidad. Esta actividad inicialmente bioquímica y posteriormente electromagnética queda expresada gráficamente con los electroencefalogramas, electrocardiogramas, electromiogramas, y, más recientemente, electromagnetogramas. Las ondas electromagnéticas generadas por las corrientes eléctricas y por las microondas (telefonía, telefonía móvil, radiofrecuencias, telefrecuencias, radares civiles y militares, etc.) interfieren y distorsionan el funcionamiento normal del organismo humano. Aunque en la bibliografía científica hay cierta controversia, se han publicado con suficiente rigor metodológico diversos efectos nocivos en las personas expuestas.

Los principales efectos perjudiciales de la exposición a campos electromagnéticos son los siguientes:

- Trastornos neurológicos como irritabilidad, cefalea, astenia, hipotonía, síndrome de hiperexcitabilidad, somnolencia, alteraciones sensoriales, temblores, mareos.

- Trastornos mentales: alteraciones del humor y del carácter, depresiones, tendencias suicidas.

- Trastornos cardiopulmonares: alteraciones de la frecuencia cardiaca, modificaciones de la tensión arterial y alteraciones vasculares periféricas.

- Trastornos reproductivos: alteraciones del ciclo menstrual, abortos, infertilidad y disminución de la libido sexual.

- Incremento del riesgo de algunos tipos de cáncer, como las leucemias agudas y los tumores del sistema nervioso central en la infancia.

- Trastornos dermatológicos: dermatitis inespecíficas y alergias cutáneas.

- Trastornos hormonales: alteraciones en el ritmo y niveles de melatonina, substancias neurosecretoras y hormonas sexuales.

- Trastornos inmunológicos: alteraciones del sistema de inmunovigilancia antiinfecciosa y antitumoral.

El riesgo potencial de estas complicaciones es mayor en los siguientes grupos poblacionales: época pediátrica, tercera edad, mujeres embarazadas y lactantes, y, especialmente, entre portadores de prótesis metálicas y marcapasos. Lo anteriormente dicho está corroborado a día de hoy por la EPA (Environmental Protection Agency) estadounidense y por la IARC (International Agency for Research of Cancer).

Durante décadas los científicos han intentado explicar cómo interacciona el campo electromagnético con un sistema biológico, aún cuando éste no tenga energía suficiente como para ionizar un átomo o inducir calor. Las bases de la interacción electromagnética con un medio material fueron resueltas hace más de un siglo a través de las ecuaciones de Maxwell. Sin embargo, la aplicación de estas bases a un sistema biológico es muy complicada debido a la extrema complejidad y múltiples niveles de organización de los organismos vivos, además de la gran variedad de propiedades eléctricas de los tejidos biológicos. Aunque la evaluación de riesgos está generalmente basada en datos experimentales de sistemas biológicos, es necesaria la consideración de posibles mecanismos, por dos razones básicas: la primera es que los datos experimentales de efectos de campos de radiofrecuencia son inconsistentes y fragmentados en muchos aspectos, de manera que una comprensión de los mecanismos biofísicos sobre los efectos estudiados puede ayudar a racionalizar y entender los datos. La segunda razón es que es necesario extrapolar datos desde una condición de exposición a otras y, para una extrapolación fiable, algún entendimiento de los mecanismos es necesario. Por lo tanto, el conocimiento de los mecanismos de interacción es esencial para identificar procesos apropiados de dosimetría, para predecir las relaciones dosis-respuesta, para diseñar mejores experimentos y para servir de base para determinar si ciertos niveles de exposición provocan daños en los tejidos biológicos.

Un estudio encuentra que la tecnología 5G es un 'factor significativo' en las tasas más altas de casos de Covid y muerte. La investigación indica una correlación entre la radiación inalámbrica y la intensidad de 5G con los síntomas de Covid-19, y que sus efectos en el cuerpo se superponen.

El estudio publicado recientemente por el Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI) propuso que la radiación de las comunicaciones inalámbricas, incluido el 5G, puede contribuir a los síntomas del Covid-19. La evidencia de la conexión entre Covid y 5G, así como otras formas de radiación de comunicaciones inalámbricas (WCR), consistió en dos hallazgos principales: la correlación estadística entre los síntomas / mortalidad de Covid-19 y la intensidad de WCR específica del área, incluida la de 5G; y la superposición entre los efectos de la WCR en el cuerpo y los síntomas del Covid-19.

Los autores Beverly Rubik y Robert R. Brown comenzaron llamando la atención sobre un estudio de mayo de 2020 que muestra una "correlación estadísticamente significativa entre la intensidad de la radiación de radiofrecuencia y la mortalidad por SARS-CoV-2 en 31 países de todo el mundo", así como un estudio de EE. UU. que encontró que las áreas con tecnología 5G tenían tasas de casos y muerte de Covid-19 significativamente más altas, independientemente de la densidad de población, la calidad del aire y la latitud.

El estudio de EE. UU. Que se centró en la conexión 5G con Covid-19 realizó tres tipos diferentes de análisis y encontró que la tecnología 5G era un "factor estadísticamente significativo para el caso y las tasas más altas de Covid-19 en los tres análisis, mientras que la densidad de población, aire la calidad y la latitud fueron significativas solo para uno o dos de los análisis".

Luego, Rubik y Brown hicieron una comparación de los efectos biológicos de WCR, incluidos los síntomas de 5G y Covid-19, que muestran una lista de efectos físicos superpuestos.

Los síntomas tanto de WCR como de Covid-19 incluyeron cambios en la sangre, como rouleaux a corto plazo ("aglutinación" de sangre) y hemoglobina reducida a largo plazo (en casos graves de Covid-19); estrés oxidativo y lesiones en tejidos y órganos; alteración del sistema inmunológico, incluida la supresión de linfocitos T y biomarcadores inflamatorios elevados; aumento del calcio intracelular, que facilita la entrada y replicación del virus; y arritmias (irregularidades en los latidos del corazón).

Rubik y Brown destacaron el hecho de que la deficiencia de glutatión (un "antioxidante maestro") se ha propuesto como la causa más probable de manifestaciones graves en Covid-19, y citaron dos estudios que muestran niveles reducidos de glutatión por exposición a WCR. Señalaron que "el hallazgo de niveles bajos de glutatión" en pacientes con Covid-19 "respalda aún más el estrés oxidativo como un componente" de Covid-19.

El estudio señaló que la WCR ya ha sido reconocida como un "factor de estrés fisiológico", que se ha demostrado que causa efectos perjudiciales para la salud

que van desde un mayor riesgo de cáncer hasta daños en el ADN y defectos de aprendizaje y memoria.

Si bien señalaron que la correlación no prueba la causalidad, los autores del estudio "postulan que la WCR posiblemente contribuyó a la propagación temprana y la gravedad de Covid-19".

Los campos eléctrico y magnético que interaccionan con el cuerpo debidos a una fuente próxima pueden causar dos tipos de efectos biológicos, unos térmicos y otros no térmicos. Los efectos del campo magnético varían con la frecuencia y son, probablemente, más importantes en tejidos biológicos con pequeñas cantidades de magnetita, que se comporta como un medio ferromagnético análogo al hierro.

Los efectos térmicos son los que causan un aumento de la temperatura debido a la energía absorbida de un campo electromagnético. La fuerza producida por un campo eléctrico sobre un cuerpo cargado, tales como los iones móviles del cuerpo, produce que éstos se muevan y la resistencia eléctrica a ese movimiento hace que el cuerpo se caliente. El aumento de temperatura se compensa por la termorregulación conducida por el flujo de la sangre. La relación entre el aumento de temperatura y la SAR es muy complicada, debido principalmente a lo complicado de modelar la influencia del flujo de sangre sobre la transferencia de calor.

La radiación electromagnética puede producir efectos no térmicos. En general, pueden surgir cambios detectables sólo si el efecto del campo eléctrico con el medio biológico expuesto a un campo electromagnético no está enmascarado por el ruido térmico. Es posible que ciertos tejidos biológicos reaccionen muy sensiblemente a ciertas frecuencias resonantes. Otro mecanismo no térmico proviene de las moléculas que se polarizan con el campo eléctrico pudiendo producirse atracciones eléctricas entre ellas. Otro mecanismo no térmico está asociado al movimiento de corriente a través de las membranas que tienen un comportamiento fuertemente no lineal. Esto significa, que cuando se aplica una tensión a una membrana la corriente no es proporcional a ella.

Los campos eléctrico y magnético de muy baja frecuencia (ELF entre 0-30 KHz) se encuentran comúnmente en nuestro entorno. Normalmente la discusión sobre los efectos se restringe normalmente al campo magnético que es producido por corrientes alternas o campos variantes en el tiempo cuya intensidad y dirección cambien de forma regular. Estos campos provienen principalmente de fuentes creadas por el hombre, especialmente de servicios de potencia eléctrica, electrodomésticos y sistemas de comunicación. En los hogares las fuentes de estos campos son por ejemplo mantas eléctricas, calentadores de agua, secadores de pelo, afeitadoras eléctricas, televisiones, terminales de vídeo, sistemas de música, sistemas de aire acondicionado, tubos fluorescentes, frigoríficos, estufas y cualquier otro electrodoméstico. En los lugares de trabajo son comunes fuentes de radiación ELF tales como ordenadores, máquinas de fax, copiadoras, luces fluorescentes, impresoras, scanners, centralitas telefónicas, motores y otros dispositivos eléctricos.

Durante mucho tiempo, los investigadores han intentado diversas teorías de interacción de frecuencias de ELF. Aunque la radiación de ELF no puede romper, debido a su baja energía, ningún enlace químico por débil que sea, existen mecanismos de interacción bien definidos que muestran la interacción con los tejidos biológicos sin necesidad de romper enlace alguno. Los campos eléctricos pueden crear fuerzas sobre moléculas cargadas o neutras o sobre sistemas celulares dentro de sistemas vivos. Estas fuerzas pueden causar movimiento de partículas cargadas o inducir tensiones entre las membranas de las células. Los campos magnéticos también pueden producir fuerzas sobre estructuras celulares, pero como la mayoría de los medios biológicos son no magnéticos, estas fuerzas son muy pequeñas. Además, los campos magnéticos pueden producir campos eléctricos en el interior de los cuerpos.

Aunque los campos eléctrico y magnético ocurren juntos, la mayoría de los estudios únicamente se centran en los efectos del campo magnético. El argumento es que el campo magnético es muy difícil de apantallar y penetra fácilmente en los edificios y en la gente, contrariamente a lo que le sucede al campo eléctrico que tiene poca habilidad para penetrar en los edificios y en los humanos.

Los campos magnéticos estáticos pueden influir en la respuesta de reacciones químicas entre pares de radicales libres. Puesto que el período de vida de los radicales libres es muy pequeño y los campos de ELF tienen un período muy alto, básicamente actúan, para estos casos, como los campos estáticos. Campos magnéticos con intensidades menores que 50 μT no producen efectos biológicos significativos pues cualquier efecto se añadiría al campo geoestacionario que varía entre 30 y 70 μT.

El aire que respiramos está compuesto de nitrógeno (78%) y oxígeno (alrededor del 20%), que es el elemento más importante para los seres vivos, y contiene también un 1% de gases nobles (argón, neón, metano, kriptón y helio), además de dióxido de carbono (0,03%) y vapor de agua (0,97%). En el exterior y en el interior de los edificios el aire tiene partículas en suspensión. Estas partículas provienen de los gases de la combustión del tráfico y de la calefacción, del humo de las fábricas, refinerías y cementeras que se introducen en el interior. Se ha comprobado que el aire interior está más contaminado porque hay una contaminación debida a los productos de limpieza, los ambientadores, los disolventes, los plásticos, las fibras sintéticas, las pinturas, los barnices, el formaldehido, los aparatos eléctricos, las lámparas y muchas más. El aire está cargado de electricidad. Hay iones positivos (los malos) que los generan todos esos contaminantes. Hay iones negativos (los buenos) que eliminan el efecto de los malos.

Como se comentó anteriormente, respirar aire con predominio de cargas positivas puede producir depresión, irritabilidad, dolores de cabeza, cansancio, insomnio, malestar general y enfermedades respiratorias. Cuando el aire tiene un predominio de iones negativos observamos lo siguiente: se despeja la mente, pensamos mejor, estudiamos mejor, nos concentramos más; relajación; mejoras en enfermedades respiratorias, disminuye la agresividad y la ansiedad; regula la

tensión arterial; ayuda a disminuir el dolor; disminuyen las alergias; rejuvenecimiento físico y mental; recuperación de la memoria; mejora del aparato digestivo; elimina del aire las partículas de polvo, contaminantes, alérgenos, humos, bacterias y virus, entre otras.

Un ionizador de aire o generador de iones negativos es un dispositivo que utiliza alta tensión para ionizar (cargar eléctricamente) especies de diferente naturaleza, presentes en el aire. Produce millones de electrones por centímetro cúbico. El proceso de ionización elimina las partículas del aire, sean las que sean, sin producir ningún residuo tóxico. Los ionizadores se deberían llamar "electronizadores" porque lo que producen son electrones que van a dar lugar a iones; un ion negativo (anión) es un átomo que ha ganado un electrón y un ion positivo (catión) es un átomo que ha perdido un electrón.

De forma coloquial se puede comparar un "electronizador" con una escopeta de cartuchos llena de perdigones. Cuando se dispara al aire los perdigones chocan contra lo que se quiere cazar y lo inactivan. Cuando un electrón o electrones encuentran un átomo o un cluster de átomos lo convierten en un ion negativo que adquiere masa y lo inactivan. La ionización es un sistema de eliminación activo porque elimina los patógenos en el aire.

Como ya hemos visto, los campos electromágneticos pueden producir radicales libres que desde un punto de vista físico, se pueden considerar como iones positivos. Los ionizadores se encargan de equilibrar la proporción natural de iones positivos y negativos, frente a cualquier fuente de desequilibrio que altere dicha proporción, así pues, los radicales libres generados por cualquier campo electromágnetico, pueden ser eliminados por los "electronizadores". Es una herramienta eléctrica capaz de generar iones negativos que mejoran la calidad del aire interior. La función es de eliminar elementos presentes en el aire de nuestro hogar, tales como: virus, bacterias, partículas tóxicas, hongos, alérgenos y ácaros y malos olores del humo del tabaco o comida. Los ionizadores de aire se basan en el principio de la atracción electrostática. Estos destruyen a las partículas dañinas y los olores mediante la unión de ambas cargas (+,-) que se vuelve más pesadas cayendo en el suelo. Para ionizar el aire, se debe emitir hacia la atmósfera circundante un chorro de electrones. Cuando un electrón se une a un átomo de polvo, alérgeno, humo, moho, gas, bacteria, virus o cualquier otra sustancia, convierte a este átomo en un ion negativo y queda neutralizado. Los iones generados, una vez que han limpiado el polvo de la habitación, ionizan el oxígeno. El exceso, si lo hubiese, hace masa contra las paredes y pierde su carga eléctrica. No hay contraindicaciones en un exceso de iones negativos. Los electrones tienen un periodo de vida muy corto.

En el estudio se analizaron tres purificadores de aire iónicos, que producen iones unipolares por descarga de corona a tasas de emisión relativamente altas, a través de un aerosol monitoreado en tiempo real. Encontraron que eran eficientes para eliminar las partículas de aerosol ultrafinas del aire de una habitación típica. Una operación de 30 minutos del emisor de iones más potente (VI-2500) eliminó aproximadamente el 97% de las partículas de 0.1 mm y aproximadamente el 95% de las partículas de 1 mm del aire. Una operación de 60 minutos de otros dos

emisores [AS150MM (+) y AS150MM (-)] en el mismo ambiente, eliminó aproximadamente el 83% y el 84% de las partículas de 0.1 mm y aproximadamente 79% y 83% de 1 mm.

En otro estudio, mediante el uso de un dispositivo ionizador modificado, describen la prevención eficaz de las infecciones transmitidas por el aire. Infección por virus de influenza A (cepa Panamá 99) entre animales e inactivación del virus (> 97%). El ionizador activo evitó que el 100% (4/4) de los conejillos de indias se contagiaran. Además, el dispositivo capturó de manera efectiva los virus: calicivirus, rotavirus y virus de la influenza, transmitidos por el aire, con tasas de recuperación de hasta 21% después de 40 min en una habitación de 19 m3. El ionizador genera iones negativos, convirtiendo las partículas en el aire/gotitas de aerosol cargadas negativamente y las atrae electrostáticamente hacia una placa colectora con carga positiva. Luego, los virus atrapados se identifican mediante transcripción inversa cuantitativa en tiempo real PCR. El dispositivo permite posibilidades únicas para la eliminación rápida y sencilla de virus del aire y ofrece posibilidades de identificar y prevenir simultáneamente la transmisión de virus por el aire.

La eficacia de la tecnología de ionización bipolar contra una amplia variedad de patógenos se confirmó mediante una investigación colaborativa. La eficacia en la inhibición de las sustancias objetivo en el aire que se indica a continuación se verificó exponiendo esos organismos a una concentración de iones de al menos 3000 iones/cm3. La destrucción efectiva se logró en segundos o minutos dependiendo del microbio, el tiempo de exposición y la concentración de iones. Los estudios han demostrado que se puede lograr un tiempo de destrucción más rápido aumentando la concentración de iones. Por ejemplo, los estudios de Sharp Corporation en colaboración con Retroscreen Virology Ltd demostraron que el virus de la influenza aviar altamente patógena H5N1 podría inactivarse en un 99.9% en diez minutos utilizando una alta concentración de iones bipolares de 50 000 iones/cm3. Sharp también ha demostrado que se puede lograr una reducción del 99% en diez minutos a una concentración de 7000 iones/cm3. Es muy importante comprender que durante las condiciones reales de uso en tiempo real, los sistemas de ionización bipolar funcionan de manera constante y constante con una desinfección continua, de modo que las concentraciones de bolo grandes no son necesarias para la efectividad.

En un estudio, se analiza la efectividad de la ionización negativa del aire para eliminar bioaerosoles virales en un espacio cerrado, la conclusión a la que llegan es que la ionización del aire redujo la infectividad de MRV. Específicamente, el título de virus se redujo a cero después de diez minutos de ionización del aire con una concentración de 10^6 iones/cm3. En otro estudio en el que analizan el impacto de la mejora de la calidad del aire en la productividad y la salud en el lugar de trabajo, encontraron que los procesadores pueden proporcionar un alto nivel de protección, incluso, contra organismos multirresistente y concluyeron que las reducciones en tos, resfriados y síntomas similares a los de la gripe que lograron fueron atribuibles a la eliminación de partículas y organismos infecciosos del aire por la acción biocida de los iones negativos. La combinación de mejora de iones negativos para la reducción de partículas debe reconocerse como un medio

extremadamente rentable de mejorar la salud y la productividad en lugares de trabajo interiores. En un ensayo realizado en la Universidad de Kansas con virus de la Gripe A (H5N8) en superficies, encontraron que la exposición al sistema RCI-Cell ™ durante 8 horas da como resultado el nivel requerido de inactivación de un aislado de influenza aviar, H5N8, que se utilizó como sustituto seguro del aislado altamente patógeno H5N1. Es probable que el mecanismo de acción de esta tecnología se deba a la química oxidativa que produce la alteración de la envoltura lipídica y el efecto desnaturalizante de las proteínas virales estructurales necesarias para la replicación del virus. En otro ensayo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, analizan la capacidad antiviral de un dispositivo de ionización con respecto a diferentes virus, entre ellos coronavirus. En en 6 horas: reducción del virus H1N1 99.75%, reducción enterovirus 99.994%, reducción coronavirus 100%. Hay bastantes más ensayos, que muestran reducciones del patógeno superiores al 95% y alguno por encima del 90%.

Como hemos podido comprobar, las consecuencias para la salud de los radicales libres y de la exposición a campos electromagnéticos, son parecidas a las de la Covid. Si el supuesto virus no se ha aislado, no es posible demostrar su existencia y entonces, es científicamente poco creíble que pueda causar los síntomas que se engloban dentro del síndrome y por tanto, es obvio que debe existir otra causa o causas y una de ellas, podría ser la exposición a campos electromagnéticos.

Alternativas en desarrollo

También hay otras englobadas en esas líneas de investigación que aún se están desarrollando, y que se pueden considerar como prometedoras:

- *Mefloquina*

En un estudio innovador, un equipo de científicos japoneses de destacadas universidades e instituciones de investigación ha descubierto un medicamento contra la malaria, la mefloquina, un derivado de la hidrocloroquina, como cura eficaz contra el SARS-CoV-2. Los científicos también modelizaron matemáticamente la eficacia de la mefloquina para predecir su posible uso si se aplica para tratar el Covid. Calcularon que la mefloquina podría reducir la carga viral global de los pacientes afectados a menos del 7% y acortar el tiempo necesario para eliminar el virus a 6.1 días.

- *Antiviral de Pfizer*

Es un antiviral oral, un inhibidor de la proteasa, una enzima esencial para que el virus se multiplique. Está siendo desarrollado por Pfizer y ya se está probando con pacientes. Según la compañía, mostró una acción "potente" en pruebas in vitro en el laboratorio y está diseñado para usarse ante los primeros síntomas de la Covid-19.

Los inhibidores de la proteasa ya se utilizan contra el VIH y los virus de la hepatitis C. Incluso uno de estos fármacos, lopinavir-ritonavir, originalmente utilizado contra el VIH, fue incluido en un importante proyecto de la Organización

Mundial de la Salud (OMS) para probar tratamientos considerados prometedores por la entidad contra la Covid-19. Sin embargo, unos meses después del inicio del proyecto, llamado Solidaridad, la OMS anunció que había detenido los estudios con lopinavir-ritonavir ya que las investigaciones no demostraron que el tratamiento tuviera efecto en la reducción de la mortalidad en personas hospitalizadas.

Pfizer empezó a desarrollar este medicamento, bautizado PF-07321332, en marzo de 2020 y lo estaba evaluando en combinación con ritonavir, que ya se usa contra el virus del sida.

El ensayo clínico involucró a 2600 adultos que apenas tengan señales de infección de Covid o que acaben de saber que estuvieron expuestos al virus.

El gigante farmacéutico Pfizer Inc., hace poco anunció que su píldora "revolucionaria" para tratar el Covid-19 tenía una "eficacia abrumadora" en los ensayos clínicos. La compañía planea solicitar la aprobación de la píldora (un medicamento que llamó Paxlovid) de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) antes del Día de Acción de Gracias el 25 de noviembre. Pfizer, al igual que su competidor Merck, que está desarrollando su propia píldora Covid, espera obtener la aprobación para la distribución del medicamento antes de fin de año. Ocho cosas que debe saber sobre la nueva píldora Covid de Pfizer:

1)*La píldora no significa el fin de los mandatos de la "vacuna"*.

Poco después de emitir un comunicado de prensa, el director ejecutivo de Pfizer, Albert Bourla, calmó a los inversores preocupados por una posible disminución en las ventas de "vacunas" Covid. Según CNBC, Bourla le dijo a Squawk Box que: "El hecho de que tengamos un tratamiento no es en absoluto una razón para no "vacunarnos". De hecho, deberíamos vacunarnos. Algunos, lamentablemente, contraerán la enfermedad".

2)*Pfizer no completó su ensayo clínico de su píldora Covid*.

El ensayo de Pfizer se detuvo anticipadamente, por recomendación del Comité de Monitoreo de Datos independiente que supervisa sus experimentos, luego de que Pfizer informara de la "eficacia abrumadora" del medicamento. Esta terminación anticipada de un ensayo clínico se utiliza para permitir que la compañía farmacéutica presente más rápidamente sus hallazgos a las agencias reguladoras.

Sin embargo, al truncar un experimento antes de que alcance sus puntos finales predeterminados, "el efecto del tratamiento estimado puede ser exagerado porque las reglas de detención estadísticas tienden a detener un ensayo en un nivel alto aleatorio".

De hecho, Victor M. Montori, MD, MSc, informó en el Journal of the American Medical Association (JAMA) que:

“Los ECA [ensayos clínicos aleatorios] que se suspenden temprano para obtener beneficios son cada vez más comunes, a menudo no informan adecuadamente la información relevante sobre la decisión de detenerse temprano y muestran efectos del tratamiento increíblemente grandes, particularmente cuando el número de eventos es pequeño. Estos hallazgos sugieren que los médicos deben ver los resultados de tales ensayos con escepticismo".

3)*En Estados Unidos, no puede demandar por eventos adversos, a pesar de que la nueva píldora es un tratamiento y no una vacuna*.

La Ley de Preparación Pública y Preparación para Emergencias (AEE) de 2005 evita que las víctimas de los efectos secundarios de los medicamentos y sus familias demanden a las compañías farmacéuticas cuando el secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) declara una emergencia de salud pública. Este escudo contra la responsabilidad se aplica no solo a las vacunas, sino a cualquier medicamento o producto biológico que el secretario de HHS considere una "contramedida cubierta" para la emergencia declarada.

4)*Pfizer no dice cuántas muertes u hospitalizaciones en sus ensayos clínicos se debieron a Covid*.

The Associated Press informó que todos los participantes en los ensayos clínicos de Pfizer para su nuevo medicamento Covid "se consideraron de alto riesgo de hospitalización debido a problemas de salud como obesidad, diabetes o enfermedades cardíacas". Dado que cada participante del estudio sufre de tales comorbilidades, cada una de las cuales por sí sola puede causar la muerte incluso en ausencia de una infección, es imposible determinar la eficacia del fármaco sin antes determinar si las muertes u hospitalizaciones se produjeron debido a Covid-19 o simplemente a PCR-Covid-19 (o, más exactamente, con una prueba de PCR positiva, ver más abajo).

Además, el grupo utilizado en el experimento, los individuos no “vacunados” de alto riesgo, puede ser un grupo particularmente propenso a la muerte ya que, como ha explicado el Dr. Andrew Bostom, los individuos no “vacunados” y de alto riesgo a menudo no están “vacunados” no por elección, sino porque sus médicos determinan que su salud es demasiado frágil para manejar la “vacuna”. Por lo tanto, puede que no sea posible generalizar los resultados del estudio a la población en general.

5)*Pfizer no dice cuántos ciclos de PCR se realizaron antes de declarar que los participantes del ensayo habían dado positivo por Covid-19*. En este informe, ya ha quedado demostrado que es de vital importancia conocer el número de ciclos.

6)*Pfizer no ha anunciado quién espera que pague el costo de 700$ de cada curso de tratamiento*.

Si el gobierno paga la factura de este costoso tratamiento, los impuestos aumentarán o la deuda federal aumentará, o ambas cosas. Si las compañías de seguros pagan algunos o todos los costos de esta terapia, las primas del seguro

pueden aumentar. Reuters estima el costo en alrededor de 700$ por paciente, ya que el director ejecutivo de Pfizer, Albert Bourla, "espera fijar el precio de su tratamiento cerca de donde Merck ha fijado el precio de su medicamento. El precio del contrato de Merck en EE. UU. Es de alrededor de 700$ por un curso de terapia de cinco días".

7)*El "nuevo" medicamento no es realmente nuevo*.

La nueva píldora de Pfizer, Paxlovid, en realidad se basa en un inhibidor de molécula pequeña de una proteasa del SARS-CoV descubierto durante la investigación del brote de coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) de 2002-2004 que se originó en Asia. Después de dejar de lado el medicamento, que requirió administración intravenosa, durante casi dos décadas, Pfizer renovó la investigación sobre la formulación y creó una molécula similar que se puede administrar por vía oral. Este medicamento se combina con un medicamento aún más antiguo, ritonavir (un medicamento contra el VIH aprobado para su uso desde 1996) y se administra junto como Paxlovid.

8)*Pfizer no explicó por qué espera que Covid continúe durante más de dos inviernos*.

A pesar de la ausencia de una pandemia que se acerque al nivel de la gripe española de 1918-1919 en los siguientes 100 años, y a pesar de las condiciones de salud mucho mejores que las de 1918, cuando gran parte del mundo sufrió desnutrición y bombardeos durante el racionamiento de alimentos al final de la Primera Guerra Mundial, los funcionarios de salud pública advirtieron en 2019 que pronto se produciría una nueva pandemia e incluso realizaron simulaciones para ella.

Ahora, Pfizer espera que esta pandemia de una vez cada cien años dure más que los dos inviernos de la gripe española. La compañía planea fabricar al menos 50 millones de cursos de su nueva píldora para fines del próximo año, 29 millones de los cuales se usarán en la segunda mitad de 2022, lo que demuestra su creencia de que la pandemia continuará en un tercer invierno. De hecho, Pfizer puede estar esperando que la pandemia continúe más allá de 2022. Su director ejecutivo dijo:

"Se necesitan refuerzos porque sin ellos nunca nos libraremos de este círculo vicioso de la enfermedad".

Según el portal Bloomberg, ***algunos pacientes con Covid que recibieron un ciclo de cinco días de Paxlovid*** experimentaron ***una recaída grave cuando dejaron de tomar el medicamento***. Los investigadores del gobierno estadounidense ahora planean estudiar la tasa y el grado en que el medicamento está causando que la infección por SARS-CoV-2 reaparezca, y si un régimen más prolongado podría prevenirlo.

Bloomberg menciona el caso de David Ho, virólogo del Centro de Investigación contra el Sida Aaron Diamond de la Universidad de Columbia.

David dijo que se contagió de Covid el 6 de abril, su médico le recetó Paxlovid, y a los pocos días de tomarlo, sus síntomas desaparecieron y su prueba dio negativo, pero ***10 días después de enfermarse por primera vez, los síntomas* reaparecieron *y al realizarse la prueba el resultado fue positivo***.

David dijo que el virus no había mutado y que ***se había vuelto resistente al Paxlovid***. Un segundo miembro de la familia que se enfermó al mismo tiempo también tuvo una experiencia casi idéntica, ***después de tomar Paxlovid sus síntomas reaparecieron***.

El Dr. Paul Sax, director clínico de la División de Enfermedades Infecciosas del Brigham and Women's Hospital, dijo lo siguiente para Bloomberg:

"***Los médicos que planean recetar este medicamento deben saber que este fenómeno ocurre, y si las personas tienen síntomas que empeoran después de tomar Paxlovid, entonces podría significar que aún es Covid. El problema es que cuando se lanzó este medicamento, no se dijo nada sobre esto en la etiqueta***".

- *Anticuerpos monoclonales*

El cuerpo humano produce anticuerpos de forma natural para combatir las infecciones. Un supuesto virus nuevo como el SARS-CoV-2, que supuestamente causa la enfermedad de Covid-19, puede "burlar" a los anticuerpos naturales y hacer que se enferme. Los anticuerpos monoclonales se producen en un laboratorio para combatir una infección en particular, en este caso, la infección por el SARS-CoV-2, y se administran a los pacientes directamente a través de una infusión. Es de esta manera que el tratamiento con anticuerpos monoclonales puede ayudar a los pacientes que tienen un alto riesgo de que la enfermedad avance a un estado grave, para que sus síntomas no empeoren o para que no tengan que ser hospitalizados.

El tratamiento con anticuerpos monoclonales para Covid-19 es diferente a la "vacuna" contra esta enfermedad. Una "vacuna" activa la respuesta inmunitaria natural del cuerpo y evita así ciertos tipos de infección. Algunas "vacunas" para Covid-19 requieren dos dosis con cierto tiempo entre cada una para que el cuerpo pueda desarrollar su propia respuesta inmunitaria a la enfermedad. Pero si ya tiene el virus, el tratamiento con anticuerpos monoclonales le dará los anticuerpos que necesita para protegerse. Se extraen del plasma de la sangre de pacientes que han logrado superar la Covid-19 con una alta carga vírica. Son copiados y se introducen en medicamentos que generan un tratamiento que es administrado en el momento oportuno de la infección y en el tipo de paciente adecuado.

Hay cierta evidencia preliminar que sugiere que el tratamiento con anticuerpos monoclonales puede reducir la cantidad del virus SARS-CoV-2 en el organismo de una persona, lo que se conoce como carga viral. Tener una carga viral más baja significa que es posible que no tenga que hospitalizarse. La evidencia científica con la que se cuenta hasta el momento indica que la importancia de los

anticuerpos monoclonales reside en su capacidad para mejorar la inmunidad pasiva. Estos podrían acelerar los anticuerpos existentes e identificar otros nuevos que podrían ser utilizados como opciones preventivas a la hora de ayudar en la lucha contra la pandemia actual y también contra futuros brotes. Los mAbs se diferencian de los anticuerpos naturales en el hecho de que, estos últimos, pueden tardar semanas hasta que estén listos para combatir una infección y los anticuerpos monoclonales acortan el proceso.

El tratamiento con anticuerpos monoclonales puede ayudar a las personas que tienen síntomas entre leves y moderados de Covid-19 y cuyas pruebas de Covid-19 han sido positivas en algún momento durante los últimos 10 días y tienen un alto riesgo de presentar síntomas más graves.

La FDA está investigando actualmente el uso de anticuerpos monoclonales para evitar que los enfermos del virus sean hospitalizados. Los anticuerpos monoclonales, que se utilizan habitualmente para tratar a los pacientes con cáncer, son proteínas creadas en un laboratorio que se unen a sustancias específicas del organismo.

En mayo, la FDA emitió una autorización de uso de emergencia a GlaxoSmithKline para la terapia de anticuerpos monoclonales sotrovimab para el tratamiento de Covid-19 leve a moderado en adultos y pacientes pediátricos, según un comunicado de prensa. En noviembre de 2020, la FDA concedió una autorización de emergencia para el casirivimab y el imdevimab, también anticuerpos monoclonales, para el virus, según un comunicado; aunque eso no quiere decir que acaben transformándose en medicamentos seguros y/o eficaces:

Se trata de un tratamiento producido por la farmacéutica Regeneron que utiliza anticuerpos monoclonales que se adhieren al virus para evitar que continúe infectando y duplicándose. Se trata de una potente infusión de anticuerpos que se aplica de manera intravenosa para neutralizar el virus, en lugar de amortiguar la respuesta inflamatoria del cuerpo ante la enfermedad.

Los resultados logrados por el llamado Recovery trial (un ensayo clínico internacional que busca tratamientos que puedan ser beneficiosos para pacientes hospitalizados con Covid-19) sugieren que podría ayudar a una de cada tres personas hospitalizadas con Covid-19 grave. En los ensayos, el tratamiento redujo la mortalidad de personas hospitalizadas cuyo sistema inmunológico no ha generado una respuesta de anticuerpos, denominados seronegativos.

No obstante, presenta riesgos de "efectos secundarios graves e inesperados", según las hojas informativas del medicamento, y se probó en células de la misma línea celular fetal utilizada por los fabricantes de la “vacuna” Covid-19.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) otorgó la autorización de uso de emergencia (EUA) para REGEN-COV en noviembre (llamado Ronapreve en el Reino Unido, donde también está autorizado), antes de ampliar la EUA a principios de este año. REGEN-COV, que consta de dos proteínas creadas en laboratorio que imitan la respuesta inmunitaria del cuerpo, está autorizado para

personas no “vacunadas” y “vacunadas” consideradas de "alto riesgo" después de la exposición al Covid-19 o antes de una enfermedad grave.

La demanda de anticuerpos monoclonales de Regeneron ha aumentado en los Estados Unidos en las últimas semanas, ya que las “vacunas” Covid-19 fallan cada vez más en prevenir la transmisión, las hospitalizaciones y las muertes.

REGEN-COV, sin embargo, puede exponer a los pacientes a complicaciones desconocidas potencialmente mortales, según la hoja de datos para pacientes publicada por Regeneron. El documento advierte sobre reacciones alérgicas que pueden ser "graves o potencialmente mortales", así como la posibilidad de "empeoramiento de los síntomas después del tratamiento", algunos de los cuales "han requerido hospitalización". “Estos no son todos los posibles efectos secundarios de REGEN-COV”, agrega la hoja informativa. “No se ha administrado REGEN-COV a mucha gente. Pueden ocurrir efectos secundarios graves e inesperados. REGEN-COV aún está en estudio, por lo que es posible que no se conozcan todos los riesgos en este momento".

Además, el cóctel de anticuerpos de Regeneron “podría interferir con la capacidad del propio cuerpo para combatir una futura infección de SARS-CoV-2. De manera similar, REGEN-COV puede reducir la respuesta inmunitaria de nuestro cuerpo a una ‘vacuna’ para el SARS-CoV-2. No se han realizado estudios específicos para abordar estos posibles riesgos". Otros posibles efectos secundarios enumerados en la hoja del proveedor de atención médica para REGEN-COV incluyen "estado mental alterado", "reducción de la saturación de oxígeno" y arritmia, entre otras cosas.

Recientemente, la FDA ha denegado la autorización de uso de emergencia para lenzilumab, un medicamento de anticuerpos monoclonales para tratar el Covid-19.

- *El antiviral que puede reducir la carga del virus*

Las compañías farmacéuticas MSD y Ridgeback presentaron los resultados preliminares de un ensayo clínico de fase 2 con el antiviral oral molnupiravir, en el que participaron 202 personas infectadas por el coronavirus en EE.UU. y no hospitalizadas. Según un comunicado, después del quinto día de tratamiento, la carga viral se redujo entre los que recibieron tratamiento. Además, los efectos adversos se consideraron irrelevantes y no relacionados con el fármaco. Los detalles y más resultados de la fase 2, incluidos los objetivos principales, se darían a conocer pronto, según el consorcio.

También se están llevando a cabo otros ensayos de fase 2 y 3 con el antivírico. El molnupiravir inhibe la replicación de virus de ARN como el SARS-CoV-2, y ha tenido buenos resultados en el laboratorio no solo con este patógeno, sino con otros como el SARS-CoV-1 y el MERS.

Según un informe publicado por Barron's, algunos científicos están preocupados de que el medicamento, que supuestamente redujo las hospitalizaciones a la

mitad, podría causar cáncer o defectos de nacimiento. Merck y su "socio" Ridgeback Biotherapeutics se beneficiarán enormemente al cobrar a los clientes hasta 40 veces lo que cuesta fabricar el medicamento, que Ridgeback originalmente autorizó de la Universidad de Emory por una "suma no revelada". El medicamento se desarrolló con fondos del gobierno federal.

Según Barron's, algunos científicos que han estudiado la droga creen que su método para suprimir el virus podría potencialmente volverse loco dentro del cuerpo. Algunos científicos que han estudiado el fármaco advierten, sin embargo, que el método que utiliza para matar el virus que causa la Covid-19 conlleva peligros potenciales que podrían limitar la utilidad del fármaco.

El molnupiravir actúa incorporándose al material genético del virus y luego provoca una gran cantidad de mutaciones a medida que el virus se replica, matándolo efectivamente. En algunas pruebas de laboratorio, el fármaco también ha demostrado la capacidad de integrarse en el material genético de las células de mamíferos, provocando mutaciones a medida que esas células se replican.

Si eso sucediera en las células de un paciente en tratamiento con molnupiravir, teóricamente podría provocar cáncer o malformaciones congénitas.

En particular, Raymond Schinazi, profesor de pediatría y director de farmacología bioquímica en Emory, estudió el fármaco mientras se estaba desarrollando y publicó varios artículos sobre el NHC, el compuesto que es el ingrediente activo del fármaco. Publicó un artículo que mostraba que el medicamento puede producir una reacción como la descrita anteriormente e insistió en que no debería administrarse a los jóvenes, especialmente a las mujeres embarazadas, sin más datos.

Barron's incluso compartió un artículo publicado en el Journal of Infectious Diseases en mayo por Schinazi y científicos de la Universidad de Carolina del Norte que informaron que el NHC puede causar mutaciones en cultivos de células animales en una prueba de laboratorio diseñada para detectar tales mutaciones, algo que Merck afirma que tiene probado. Los autores del artículo concluyeron que los riesgos del molnupiravir "pueden no ser cero".

El Dr. Shuntai Zhou, científico del Swanstrom Lab de la UNC, dijo que "existe la preocupación de que esto cause efectos de mutación a largo plazo, incluso cáncer".

Zhou dice que está seguro de que se integrará en el ADN de los huéspedes mamíferos. "La bioquímica no mentirá", dice. "Este fármaco se incorporará al ADN".

La FDA se ha negado incluso a explorar la aprobación de medicamentos reutilizados baratos, seguros y efectivos durante 20 meses, a pesar de la gran cantidad de evidencia de estudios que avalan su eficacia y seguridad. Entonces, naturalmente, ahora que la agencia está en camino de emitir una autorización de uso de emergencia para el primer medicamento ambulatorio para Covid, este

debe ser lo mejor desde la penicilina, ¿verdad? ¡Incorrecto! De hecho, el medicamento es tan peligroso y tiene tantos efectos secundarios conocidos y desconocidos que los miembros del comité asesor de la FDA básicamente admitieron que se trataba de una decisión "difícil" y que podrían rescindir la autorización más adelante.

El 01 de diciembre, el Comité Asesor de Medicamentos Antimicrobianos de la FDA votó 13-10 para aprobar el molnupiravir a 800 miligramos dos veces al día durante cinco días de tratamiento con Covid para personas en categorías de riesgo. Todavía necesita la aprobación oficial de la FDA y los CDC antes de que pueda usarse, pero la solución ha estado disponible desde hace mucho tiempo.

Como informa CNBC, incluso aquellos que votaron por el medicamento admitieron que fue una decisión difícil y pidieron volver a revisar la autorización en el futuro. Admitieron, como ya he dicho, que este fármaco puede ser mutagénico y causar defectos de nacimiento, además del hecho de que los propios datos manipulados de Merck muestran que la eficacia es muy modesta.

"Dada la gran población potencial afectada, el riesgo de efectos generalizados sobre posibles defectos de nacimiento, especialmente los efectos retardados en los hombres, no se ha estudiado adecuadamente", advirtió el Dr. Sankar Swaminathan, especialista en enfermedades infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Utah, que votó no.

Como informa CNBC:

Tanto la FDA como Merck recomendaron no usar el medicamento en niños y mujeres embarazadas. Se descubrió que el molnupiravir es letal para los embriones en ratas preñadas, y también causa defectos de nacimiento y reduce el peso corporal del feto. También causó otros defectos que interfirieron con el crecimiento óseo en los cachorros jóvenes, junto con otras anomalías, según muestran los datos.

Al igual que las "vacunas" y el remdesivir, este medicamento alcanza la triple corona: falla en eficacia, causa lesiones y también induce mutantes y escape viral, posiblemente empeorando el virus. En el documento informativo de la FDA sobre el medicamento para la reunión del 01 de diciembre, se establece claramente que "existen posibles preocupaciones de seguridad relacionadas con el MOV, incluida la toxicidad embriofetal, la toxicidad de los huesos y cartílagos y la mutagenicidad". También observan que hay evidencia de que el molnupiravir "puede aumentar la tasa de cambios en la proteína del pico viral, lo que, en teoría, podría mejorar la evolución de la proteína del pico del SARS-CoV-2".

"De particular interés, en algunos participantes, el tratamiento con MOV se asoció con cambios de aminoácidos en sitios / regiones de pico que probablemente estén bajo presión inmunitaria o evolutiva". Esto suena mucho a la advertencia del Dr. Geert Vanden Bossche sobre las "vacunas" que ejercen presión evolutiva sobre el virus. "En conjunto, estos análisis indican que el tratamiento con MOV puede aumentar la tasa de aparición. de las poblaciones de SARS-CoV-2 con cambios de

aminoácidos en la proteína de pico viral, consistente con su mecanismo de acción mutagénico", advierte la FDA.

Después de que Merck anunciara una reducción del 50% en las hospitalizaciones desde la primera fase de su prueba anunciada en octubre, hace poco la compañía anunció que la eficacia combinada se redujo al 30%. Como algunos han señalado, eso plantea serias preocupaciones en cuanto a lo que ha sucedido con el ensayo del fármaco, dado que los datos de solo la fase 2 indicarían una eficacia negativa del fármaco, con un 4.7% hospitalizado en el grupo de placebo en comparación con un 6.2% en el grupo molnupiravir.

Además, hay que recordar que ya se ha utilizado en términos de eficacia para Covid moderado y nunca tuvo el potencial de funcionar en etapas tardías porque no es antiinflamatorio como la ivermectina. La FDA reconoce desde el principio que no hay ningún beneficio comprobado después del día cinco de síntomas. Estamos intercambiando tanto riesgo de lesiones y empeorar el virus por una ventana corta de eficacia potencialmente modesta a un costo de $700 por persona. Simplemente enjuagarse la nariz y la boca con Betadine al inicio de los síntomas o de manera preventiva funciona mejor que este medicamento, según los propios datos de Merck.

El medicamento Molnupiravir (que se vende bajo la marca Lagevrio), como hemos visto, tiene graves problemas de seguridad. Las compañías Merck y Ridgeback Therapeutics desarrollaron este medicamento y el 23 de diciembre de 2021 la FDA aprobó su uso de emergencia en pacientes de alto riesgo con síntomas leves a moderados de Covid.

Pero ***este medicamento no solo podría causar*** cáncer y defectos congénitos***, sino que también podría*** acelerar ***la velocidad a la que el supuesto virus muta dentro del paciente, lo que provoca que aparezcan supuestas variantes nuevas y más resistentes***. En noviembre de 2021, el Dr. William Haseltine, colaborador de Forbes y exprofesor de la Facultad de Medicina de Harvard, dijo lo siguiente:

"Creo que la FDA debe tener mucho cuidado con el Molnupiravir, el antiviral que acaba de solicitar su aprobación. Mis dudas se basan en dos preocupaciones clave.

La primera es ***su potencial de mutagenicidad y la posibilidad de que su uso pueda provocar defectos de nacimiento o tumores cancerígenos***. La segunda es que podría representar una gran amenaza: ***el potencial del medicamento para sobrecargar las mutaciones del SARS-CoV-2 y desarrollar una variante más virulenta***.

Me preocupa mucho el mecanismo de acción de este medicamento. El Molnupiravir funciona como un antiviral al engañar al virus para que use el medicamento para replicarse y, durante la replicación, inserta errores en el código genético del virus. Cuando se producen suficientes errores, el virus se elimina porque ya no puede seguir replicándose...

Pero mi mayor preocupación con este medicamento es ***su capacidad para introducir mutaciones en el virus que son suficientes para cambiar la forma en que funciona el virus, pero no tan poderosa para evitar que se replique y se convierta en la siguiente variante dominante***".

Haseltine cita experimentos previos a la pandemia que demuestran que el MERS-CoV y el virus de la hepatitis del ratón (MHV) desarrollaron resistencia contra este medicamento debido a las mutaciones que ocurrieron. Aunque el objetivo de este medicamento es que los errores genéticos terminen por matar el virus, estos experimentos demostraron que ***los virus no solo sobrevivieron, sino que se replicaron a títulos altos a pesar de tener una gran cantidad de mutaciones en sus genomas***.

El medicamento sí ralentizó la replicación, pero como señaló Haseltine, "fuera del laboratorio, dado que el medicamento se administra a millones de personas con infecciones activas, las cosas son diferentes y el virus podría volverse más resistente". Este riesgo puede ser demasiado alto si no se toman todas las dosis prescritas (unos 800 miligramos dos veces al día durante cinco días).

Un artículo que se publicó el 10 de enero de 2022 en la revista Newsweek citó las preocupaciones del profesor Michael Lin de la Universidad de Stanford:

"'Estoy muy preocupado por las posibles consecuencias que podría tener la aprobación del medicamento Molnupiravir... Solo es cuestión de tiempo, quizás muy poco tiempo, antes de que ocurran las mutaciones que creen una variante más contagiosa o resistente...

Lo que hace este medicamento es acelerar ese proceso natural. La esperanza es que durante algunos días todas las copias virales tendrán tantas mutaciones que ninguna de las copias podrá funcionar. Pero Lin dijo que le preocupa que, ***en el mundo real, exista la posibilidad de que un virus mutado pueda pasar de un paciente que toma Molnupiravir a otra persona***, y también mencionó que la efectividad de este medicamento es baja.

'Este medicamento solo evita que la enfermedad empeore y que las personas terminen en el hospital un 30% de las veces, eso significa que el 70% de las veces el virus no se elimina lo suficientemente rápido como para producir algún beneficio. Y sabemos que los pacientes con Covid que terminan en el hospital son una fuente de contagio'.

Lin dijo que los riesgos podrían ser aún mayores cuando un paciente no cumple al pie de la letra con el programa de dosificación del medicamento... 'En cualquiera de esos casos, los virus ya habrán mutado, pero no lo suficiente para matar todas las copias del virus', dijo. '***Los supervivientes ahora tienen mutaciones que tal vez han desarrollado la capacidad de evadir el sistema inmunológico y, por lo tanto, infectan a otras personas***...

Según Lin, ***solo su baja efectividad debió haber sido suficiente para rechazar su solicitud de aprobación***. 'Incluso si el medicamento fuera

excelente, no valdría la pena correr ese riesgo, pero ***este medicamento es peor que cualquier otro medicamento que haya solicitado la aprobación para su uso***. Así que por ningún motivo vale la pena correr el riesgo".

Haseltine también dijo lo siguiente para Newsweek: "De todos los medicamentos antivirales que he visto, este es por mucho, el más peligroso" y "mientras más personas lo tomen, más peligroso se volverá".

James Hildreth, presidente del Meharry Medical College en Tennessee, es uno de los miembros del panel de la FDA que votó en contra de la aprobación del molnupiravir, al igual que pidió que Merck hiciera un mejor trabajo al cuantificar el riesgo de mutaciones antes de aprobar el medicamento. Durante la reunión del panel, Hildreth señaló lo siguiente: "Incluso si la probabilidad es tan baja como 1 en 10 000 o 100 000, de que este medicamento induzca una mutación resistente a las 'vacunas' que tenemos, eso sería catastrófico para toda la humanidad".

- *Nanocuerpos (también como prevención)*

En un estudio encontraron que los anticuerpos minúsculos producidos por las llamas pueden potencialmente ayudar a tratar el coronavirus. Estas proteínas beneficiosas que combaten los virus podrían administrarse a las personas infectadas a través de un aerosol nasal.

El equipo de investigación del Instituto Rosalind Franklin (RFI) en Oxfordshire incluyó a expertos de la Universidad de Liverpool, la Universidad de Oxford y Public Health England (PHE).

Durante el estudio, los investigadores descubrieron que los nanocuerpos, o un tipo de anticuerpo más pequeño producido por llamas y camellos, pueden atacar eficazmente el SARS-CoV-2.

Los resultados mostraron que dar cadenas cortas de nanocuerpos a animales infectados redujo significativamente los signos de enfermedad. Los investigadores señalaron que los resultados son prometedores, ya que los nanocuerpos se pueden producir en masa fácilmente en un laboratorio, lo que los convierte en una alternativa más barata y sencilla a los anticuerpos humanos.

El profesor Miles Carroll, subdirector del Servicio Nacional de Infecciones en PHE, explicó que el estudio "tenía un enorme potencial", sobre todo porque los nanocuerpos de llama eran algunos de los "agentes neutralizantes del SARS-CoV-2 más eficaces" probados en la agencia.

"Creemos que la estructura única y la fuerza de los nanocuerpos contribuyen a su potencial significativo tanto para la prevención como para el tratamiento de Covid y esperamos trabajar en colaboración para hacer progresar este trabajo en estudios clínicos".

El profesor Ray Owens, jefe de producción de proteínas en el RFI y autor principal del estudio, explicó que los nanocuerpos son una mejor alternativa a los anticuerpos humanos debido a varios factores.

Son más baratos de producir y pueden administrarse directamente a las vías respiratorias mediante un nebulizador o un aerosol nasal. Estos métodos significan que los nanocuerpos se pueden autoadministrar en casa en lugar de tener que ir al hospital para recibir una inyección.

Y cuando se administra mediante aerosoles nasales, el tratamiento se administra directamente en el sitio de la infección: el tracto respiratorio.

Para el estudio, a la llama se le inyectó una porción de la proteína de pico que se encuentra en el exterior del coronavirus. Y aunque las inyecciones no enfermaron a la llama, activaron su sistema inmunológico para combatir la proteína del virus generando nanocuerpos contra ella.

Luego, los investigadores tomaron una pequeña muestra de sangre del animal y el equipo purificó con éxito cuatro nanocuerpos que podrían unirse al SARS-CoV-2.

Luego, el equipo de investigación combinó las proteínas en "cadenas" para aumentar su capacidad de unirse al virus. A continuación, los nanocuerpos se produjeron en el laboratorio.

Tres de las cadenas de nanocuerpos neutralizaron tanto las variantes originales de SARS-CoV-2 como la variante Alpha. Mientras tanto, una cuarta cadena de nanocuerpos neutralizó con éxito la variante Beta.

Los científicos también administraron una de las cadenas de nanocuerpos a hámsteres infectados con coronavirus. Tras la observación, encontraron que los animales eran más capaces de combatir el virus.

Los hámsters tratados perdieron "mucho menos" peso después de siete días en comparación con los sujetos de prueba no tratados.

Además, los hámsters que recibieron el tratamiento con nanocuerpos tenían una carga viral más baja en sus pulmones y vías respiratorias después de siete días en comparación con los hámsteres no tratados. Esto sugiere que los sujetos tratados tenían menos probabilidades de infectar a otros.

Este estudio no es el primero en examinar los anticuerpos producidos por llamas como una forma potencial de curar el coronavirus. En noviembre de 2020, investigadores estadounidenses de la Universidad de Pittsburgh inyectaron a una llama llamada Wally con proteínas de pico de coronavirus para producir nanocuerpos. A principios del año pasado, investigadores de la Universidad de Texas descubrieron que los nanocuerpos de llama eran efectivos contra el síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

- *Codivir*

Code Pharma, una empresa farmacéutica holandesa, está desarrollando un medicamento antiviral directo contra el Covid-19. Tras la finalización con éxito de un estudio de fase I, la empresa está iniciando ahora un estudio controlado de doble ciego de fase II en España, Brasil, Sudáfrica e Israel.

Codivir, un péptido sintético corto de 16 aminoácidos derivado de la integrasa del VIH-1, fue descubierto originalmente en la Universidad Hebrea de Israel. Code Pharma descubrió que el péptido tenía un efecto antiviral directo contra el SARS-CoV-2. Los estudios in vitro realizados en el laboratorio británico de investigación virológica Virology Research Services de Londres demostraron entonces una potente actividad antiviral contra el SARS-CoV-2 y otros virus de ARN.

Posteriormente, la Comisión Nacional de Ética de la Investigación (CONEP) aprobó en Brasil un ensayo clínico de fase I de Codivir en pacientes con Covid-19. El ensayo se llevó a cabo en el Hospital Casa de Saúde Vera Cruz de São Paulo, Brasil, con el Dr. Florentino Cardoso como investigador principal. Los resultados del estudio mostraron que Codivir tiene un alto perfil de seguridad, a la vez que suprime de forma significativa la replicación viral en la mayoría de los pacientes evaluados en su totalidad, con un efecto antiviral observado ya a los tres días. Todos los pacientes se recuperaron rápidamente tras el tratamiento con Codivir y no mostraron ningún signo de efectos secundarios muy a menudo asociados a las infecciones por Covid-19. Los manuscritos que describen estos resultados se han enviado a una revista revisada por expertos.

El Dr. Yotam Kolben y el Dr. Asa Kesler, del Departamento de Medicina del Centro Médico Hadassah, que son los autores principales del artículo, declararon: "Los datos preclínicos y los resultados del ensayo clínico respaldan la seguridad de la administración de Codivir en humanos y sugieren su importante efecto antiCovid-19. El uso de un fármaco antiviral directo conlleva el potencial de mejorar las terapias actuales disponibles para el Covid-19". Estos resultados indican que el fármaco puede utilizarse para tratar a los pacientes con Covid-19 que sufren diferentes niveles de gravedad. Debido a su efecto antiviral directo, Codivir puede tener un efecto beneficioso similar en otros virus de ARN, como el de la gripe.

Tras el éxito del estudio de fase I, la empresa está iniciando ahora un estudio controlado de doble ciego de fase II, que se llevará a cabo en España, Brasil, Sudáfrica e Israel, con una cohorte más amplia. En vista de la actual pandemia mundial, Code Pharma ha presentado solicitudes de aprobación de emergencia a varios países. Para responder a la demanda prevista, la empresa está preparando la producción masiva de Codivir en diferentes centros de todo el mundo.

"En la primera y segunda oleada de la pandemia de Covid-19, la mayoría de los fármacos con mecanismos de acción antiviral putativos o probados no han demostrado prolongar significativamente la esperanza de vida", declaró el profesor Shlomo L. Maayan, director de la división de enfermedades infecciosas del Centro Médico Barzilai de Ashkelon. "'Codivir' tiene un perfil de seguridad muy bueno y un efecto antiviral muy impresionante, tanto en condiciones de

laboratorio como en el ensayo clínico de fase I en humanos. Esperamos con impaciencia los resultados de los estudios a doble ciego con Codivir. Puede ser un avance en el campo de la terapia antiviral para los pacientes con Covid-19".

- *Plitidepsina*

Es un fármaco desarrollado para tratar cánceres hematológicos como el mieloma múltiple, cuyo uso está aprobado en Australia (no en Europa, ni en Estados Unidos). La diana terapéutica de este fármaco es la proteína eEF1A2, una proteína celular que el virus necesita para replicarse y para la traducción de proteínas virales. Según estudios in vitro la plitidepsina tiene un potencial 100 veces mayor que otros antivirales para evitar la replicación del SARS-CoV2, incluso frente a variantes como la B.1.1.7. Se han presentado resultados preliminares del ensayo clínico fase II con plitidepsina para el tratamiento de pacientes adultos con Covid-19 que requieren ingreso hospitalario (APLICOVPC). Según estos resultados (comunicados por la empresa), el uso del fármaco demostraría una reducción notable de la carga viral en los pacientes entre los días 4 y 7 posteriores al inicio del tratamiento, una reducción en el tiempo de hospitalización y, una disminución precoz de síntomas o signos derivados de la infección Covid-19. Una de las ventajas de este nuevo fármaco es que hay abundantes pruebas de que no es tóxico a dosis moderadas. Estos resultados han avalado la aprobación del ensayo clínico de fase III NEPTUNO en Reino Unido, que determinará la eficacia de este fármaco para el tratamiento de pacientes hospitalizados con infección moderada de Covid-19. No obstante, no hay aún suficiente evidencia para recomendar su uso fuera de ensayos clínicos.

- *Medicamentos de Merck*

El gigante farmacéutico y un laboratorio estadounidense anunciaron hace poco que un fármaco oral contra el Covid-19 que están diseñando mostró efectos positivos en la reducción de la carga viral. "Sabiendo que existe una necesidad insatisfecha de tratamientos antivirales para el SARS-CoV-2, estos resultados preliminares nos alientan": Wendy Painter, directora de medicamentos de Ridgeback Biotherapeutics. El medicamento redujo significativamente la carga viral en los pacientes después de cinco días de tratamiento. La segunda fase de la prueba (los ensayos tienen tres fases antes de una posible comercialización) se llevó a cabo en 202 pacientes extrahospitalarios que tenían el Covid-19 con síntomas. No hubo alerta en cuanto a seguridad, y de los cuatro incidentes graves reportados, ninguno fue considerado en relación con el fármaco estudiado. "Si se refuerzan con estudios adicionales, podrían tener importantes consecuencias en términos de salud pública": William Fischer, uno de los directores de la investigación y profesor de medicina en la Universidad de Carolina del Norte.

Merck también está trabajando en un tratamiento llamado MK-711. Los primeros resultados de los ensayos clínicos muestran una reducción de más del 50% en el riesgo de muerte o insuficiencia respiratoria en pacientes hospitalizados con formas moderadas a graves de Covid-19.

- *Tempol*

De administración oral, ha arrojado resultados prometedores en el tratamiento de esta enfermedad, como sugiere el estudio hecho sobre cultivos celulares. Puede limitar la infección del virus SARS-CoV-2, al alterar la actividad de la enzima viral denominada ARN replicasa, que permite al nuevo coronavirus replicar su genoma y hacer copias de sí mismo una vez que está dentro de la célula. Para llevar a cabo esta investigación los científicos probaron si esa enzima requiere de cúmulos de hierro y sulfuro como soporte de su estructura y hallaron que en el caso del SARS-CoV-2, dicha enzima necesita de dos cúmulos de hierro y sulfuro para funcionar de manera óptima. Con este hallazgo, los investigadores pueden explotar las debilidades del virus, ya que el fármaco puede reducir esos cúmulos de hierro y sulfuro, de hecho, comprobaron gracias a experimentos en cultivos celulares, que ese medicamento puede inhibir el proceso de multiplicación del virus. Además, según estudios previos de ese fármaco en animales, es posible que las dosis del medicamento usadas en los experimentos antivirales puedan conseguirse en tejidos que son objetivo primario del coronavirus, como las glándulas salivales y los pulmones.

- *Otilimab*

El estudio OSCAR fase II ha arrojado resultados muy interesantes sobre otilimab. Éste presentó un beneficio clínico potencialmente importante en un subgrupo de pacientes que muestran un elevado riesgo ante la Covid-19. Se trata de un anticuerpo monoclonal que sido utilizado en pacientes hospitalizados por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por Covid-19 con necesidad de soporte ventilatorio. El estudio se ha desarrollado en siete hospitales de Madrid, Barcelona y La Rioja. De acuerdo a los resultados del estudio, el 65.1% de los pacientes con edades superiores a los 70 años se mostraban libres de insuficiencia respiratoria 28 días después de haber recibido otilimab junto con el tratamiento estándar, en comparación con el 45.9% de los pacientes que únicamente recibió el tratamiento estándar. La diferencia en la tasa de mortalidad hasta el día 60, muestra una diferencia del 14.4% en favor de otilimab.

- *Doxiciclina*

Es un antibiótico de amplio espectro que tiene efectos antivirales y antiinflamatorios sinérgicos cuando se combina con ivermectina. Por lo tanto, la doxiciclina amortigua la tormenta de citocinas y previene el daño pulmonar. Dado que los pacientes con Covid-19 necesitan tratamiento antivírico y antiinflamatorio y protección contra el daño pulmonar, es necesario estudiar la terapia de combinación propuesta. Como la doxiciclina es económica y está ampliamente disponible, tiene un perfil de tolerancia seguro, es una opción atractiva para el tratamiento de Covid-19, además de aliviar potencialmente las secuelas pulmonares y también brindar protección contra neumonía bacteriana atípica, como Mycoplasma pneumoniae y Legionella pneumophilia.

Uno de los muchos regímenes de dosificación es de 200 mg por vía oral seguidos de 100 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días y puede extenderse a 30

días si los síntomas persisten o los signos de sobreinfección bacteriana. La doxiciclina puede ser útil con HCQ en pacientes para quienes no se desea la combinación de HCQ y azitromicina.

- *Clofamizina*

Fármaco utilizado para el tratamiento de la lepra, podría ser un candidato potencial para tratar a pacientes con Covid-19. De acuerdo a los resultados de un estudio liderado por el virólogo del Sanford Burnham Prebys Medical Discovery Institute, Sumit Chanda, la clofamizina tiene capacidad para inhibir la replicación del SARS-CoV-2 y el MERS-CoV en cultivos celulares humanos y de mono, además de en tejido pulmonar humano. Mediante modelos de hámster infectado con el SARS-CoV-2 la administración de la clofamizina ha conseguido reducir de forma significativa la cantidad de partículas víricas presentes en los pulmones. Cabe señalar que este medicamento se ha administrado también de forma conjunta con remdesivir (dosis baja) llegando a mejorar notablemente el control viral en el modelo de hámster.

- *Nanomateriales basados en el carbono*

El profesor Ángel Serrano, investigador principal del Laboratorio de Biomateriales y Bioingeniería de la Universidad Católica de Valencia (UCV), ha publicado un artículo de investigación en la prestigiosa revista ACS Nano (índice de impacto 14.6) de la American Chemical Society en el que afirma que nanomateriales basados en el carbono (CBNs, de sus siglas en inglés) con baja o ninguna toxicidad para los humanos son "tratamientos prometedores" contra la neumonía provocada por la Covid-19, junto a otros virus, bacterias y hongos, incluidos aquellos multirresistentes a los fármacos.

Serrano y el resto de investigadores del mencionado grupo han revisado la literatura científica acerca de la actividad antiviral y las propiedades antimicrobianas de amplio espectro de los nanomateriales basados en el carbono, como el fullereno, los carbon dots, el grafeno y sus derivados. En su investigación, han constatado que los CBNs presentan actividad antiviral contra trece virus ARN monocatenarios positivos, incluido el SARS-CoV-2.

Además de su actividad antimicrobiana de amplio espectro, biocompatibilidad, biodegradabilidad y capacidad para inducir regeneración de tejidos, el modo de acción es "principalmente físico" y está caracterizado por un riesgo bajo de resistencia antimicrobiana.

En la investigación liderada por el Laboratorio de Biomateriales y Bioingeniería de la UCV han participado científicos de más de diez países de todo el mundo que forman parte del consorcio SACRED (Self Assembled Covid Research and Education Directive), que trabaja conjuntamente en la lucha contra el SARS-CoV-2.

- *Aspirina*

Nuevos estudios han confirmado el fuerte efecto antiplaquetario y anticoagulante de la aspirina en pacientes con Covid-19 (es decir, reducción de hiperreactividad plaquetaria), que puede ayudar a prevenir complicaciones por las causas principales de Covid-19 como trombosis, embolia pulmonar y accidentes cerebrovasculares en pacientes de alto riesgo. Como efecto adicional, la aspirina en dosis media también puede reducir o suprimir la tos seca característica de Covid-19. De hecho, la tos seca del Covid-19 parece ser una tos inducida por inhibidores de la enzima convertidora (IECA), mediada por prostaglandinas, y es bien sabido que la aspirina inhibe las prostaglandinas de tipo 2.

Otro estudio estadounidense encontró una reducción en la mortalidad a 30 días en pacientes con Covid-19 del 10.5% (grupo de control) al 4.3% (con aspirina) en los veteranos que tomaban aspirina. Un estudio estadounidense retrospectivo de 400 pacientes encontró una reducción del 43% en el tratamiento de cuidados intensivos y una reducción del 47% en la mortalidad en el grupo de pacientes tratados temprano con aspirina.

- *AT.527*

Este antiviral está siendo probado en pacientes con Covid-19 hospitalizados y se encuentra en la fase II de su ensayo clínico. Se trata de un medicamento que actúa como bloqueador de la enzima ARN polimerasa viral necesaria para la replicación viral.

- *Tratamientos con aerosoles nasales*

Se están realizando otros estudios con aerosoles nasales. Por ejemplo, un estudio in vitro realizado de forma conjunta por investigadores de la Universidad Northwestern y la Universidad Estatal de Utah descubrió que una sola atomización del aerosol sinusal de venta libre Xlear, elaborado con extracto de semilla de pomelo y xilitol, podría reducir y casi eliminar el SARS-CoV -2.

En un comunicado de prensa, los autores del estudio de Xlear dijeron que el estudio abre nuevos caminos porque descubrieron que el aerosol también podría ayudar a evitar el H1N1 y las variantes emergentes del SARS-CoV-2. En su sitio web, xlear.com indica que el aerosol se puede comprar en docenas de farmacias y tiendas de comestibles.

- *AZD7442*

Algunos fármacos son diseñados para evitar que las personas ya contagiadas se agraven; otros medicamentos están dirigidos a pacientes que se encuentran graves. Pero existen alternativas terapéuticas en desarrollo que buscan que una persona no se infecte (profilaxis).

El laboratorio anglosueco AstraZeneca dijo hace poco que un tratamiento que desarrolla contra el Covid-19 mostró "resultados alentadores", ya que reduce el riesgo de desarrollar una enfermedad sintomática, sobre todo en personas vulnerables. Se trata de una combinación de dos anticuerpos de acción

prolongada que, en general, logra una reducción del 77% en el riesgo de Covid-19 con síntomas. La compañía afirmó en un comunicado que su terapia en desarrollo, llamada por el momento AZD7442 y que es administrada por vía intramuscular, no había tenido efectos positivos en personas ya infectadas, pero cuando fue administrada antes del contacto con el coronavirus, lograron resultados esperanzadores. En el ensayo de fase III, que incluyó a más de 5 mil personas, el 75% de participantes tenía comorbilidades. "No hubo casos graves o muertes relacionadas a Covid-19 en los tratados con AZD7442. En el grupo placebo, hubo tres casos de Covid-19 grave, que incluyeron dos muertes".

Un equipo dirigido por científicos de la Facultad de Medicina Perelman de la Universidad de Pensilvania ha identificado nueve posibles tratamientos nuevos para el Covid-19, incluidos tres que ya están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para tratar otras enfermedades.

El equipo, cuyos hallazgos se publicaron en Cell Reports, examinó miles de fármacos existentes y moléculas similares a fármacos para determinar su capacidad para inhibir la replicación del SARS-CoV-2. A diferencia de muchos estudios previos, probaron las moléculas para determinar la actividad anti-coronaviral en una variedad de tipos de células, incluidas las células del revestimiento de las vías respiratorias humanas que son similares a las principalmente afectadas en Covid-19.

De los nueve medicamentos que reducen la replicación del SARS-CoV-2 en las células respiratorias, tres ya cuentan con la aprobación de la FDA: el medicamento para el rechazo de trasplantes ciclosporina, el medicamento contra el cáncer dacomitinib y el antibiótico salinomicina. Estos podrían probarse rápidamente en voluntarios humanos y pacientes con Covid-19.

Los experimentos también arrojaron luz sobre los procesos clave que usa el coronavirus para infectar diferentes células y encontraron que el medicamento antiviral remdesivir, que tiene una autorización de uso de emergencia de la FDA para el tratamiento de Covid-19, parece funcionar contra el virus en las pruebas de cultivo celular en las vías respiratorias, mientras que la hidroxicloroquina no.

"Nuestros descubrimientos aquí sugieren nuevas vías para las intervenciones terapéuticas contra Covid-19, y también subrayan la importancia de probar fármacos candidatos en células respiratorias", dijo la coautora principal Sara Cherry, PhD, profesora de Patología y Medicina de Laboratorio y directora científica del núcleo de detección de alto rendimiento (HTS) en Penn Medicine.

Para su proyecto de detección, Cherry y sus compañeros reunieron una biblioteca de 3059 compuestos, incluidos alrededor de 1000 medicamentos aprobados por la FDA y más de 2000 moléculas similares a medicamentos que han mostrado actividad contra objetivos biológicos definidos. Luego probaron todos estos para determinar su capacidad para inhibir significativamente la replicación del SARS-CoV-2 en las células infectadas, sin causar mucha toxicidad. Inicialmente, realizaron exámenes antivirales utilizando tipos de células que podrían crecer fácilmente en el laboratorio e infectarse con SARS-CoV-2, es decir, células renales

de mono verde africano y una línea celular derivada de células hepáticas humanas. Identificaron y validaron varios compuestos que funcionaron en las células del riñón de mono y 23 que funcionaron en las células del hígado humano. La hidroxicloroquina, que se utiliza como fármaco contra la malaria, y el remdesivir fueron eficaces en ambos tipos de células. Dado que el SARS-CoV-2, supuestamente, es principalmente un virus respiratorio y se cree que inicia infecciones a través de las células que recubren las vías respiratorias, los investigadores buscaron un tipo de célula respiratoria que pudieran infectar experimentalmente con el virus. Finalmente, identificaron una línea celular adecuada, Calu-3, que se deriva de las células que recubren las vías respiratorias humanas. Utilizaron estas células derivadas de las vías respiratorias para probar los compuestos antivirales identificados a través de la pantalla de células hepáticas humanas y encontraron que solo nueve tenían actividad en las nuevas células. Los nueve no incluían hidroxicloroquina. Remdesivir funcionó en las celdas Calu-3 pero no se incluyó en la lista porque ya está en uso contra Covid-19.

Al identificar diferentes conjuntos de medicamentos que funcionan en diferentes tipos de células, los investigadores también arrojaron luz sobre los mecanismos que usa el SARS-CoV-2 para ingresar a las células. Los hallazgos sugieren que en las células del riñón y del hígado, el virus usa un mecanismo que puede ser alterado, por ejemplo, por hidroxicloroquina; sin embargo, el virus parece utilizar un mecanismo diferente en las células respiratorias, lo que explica la falta de éxito de la hidroxicloroquina en esas células y en los ensayos clínicos de Covid-19.

Los nueve antivirales activos en las células respiratorias incluían salinomicina, un antibiótico veterinario que también se está investigando como medicamento contra el cáncer; el inhibidor de la enzima quinasa dacomitinib, un medicamento contra el cáncer; bemcentinib, otro inhibidor de la quinasa que ahora se está probando contra el cáncer; el fármaco antihistamínico ebastina; y ciclosporina, un fármaco inmunosupresor que se utiliza habitualmente para prevenir el rechazo inmunitario de los órganos trasplantados.

El estudio destaca la ciclosporina como particularmente prometedora, ya que parece funcionar contra el SARS-CoV-2 en las células respiratorias y no respiratorias, y a través de dos mecanismos distintos: inhibiendo las enzimas celulares llamadas ciclofilinas, que el coronavirus secuestra para mantenerse a sí mismo, y suprimiendo la inflamación potencialmente letal de Covid-19 grave. "Puede haber importantes beneficios para el uso de ciclosporina en pacientes hospitalizados con Covid-19, y los ensayos clínicos en curso en Penn y en otros lugares están probando esa hipótesis".

- *Solución salina*

Una nueva investigación demuestra que una simple solución salina detiene la reproducción del SARS-CoV-2, el virus que, supuestamente, causa el Covid-19, casi al momento. El estudio comenzó a principios de 2020 y se publicó en el servidor de preimpresión bioRxiV en agosto de 2020. Ahora se publica en la

revista Pharmacology & Translational Science, y los autores dicen: "En este estudio, encontramos que el 1.5 % del NaCl impedía la reproducción del virus en un 100 % en las células Vero, y el 1.1 % de NaCl fue suficiente para impedir la reproducción del virus en un 88 % en las células Calu-3 ".

Los investigadores basaron su trabajo en el éxito confirmado previo con la actividad in vitro del cloruro de sodio (NaCl) contra otros virus de ARN como el mengovirus, virus sincitial respiratorio, influenza A, coronavirus humano 229E y el coxsackievirus B3.

La solución que usaron se considera "hipertónica", en otras palabras, tiene una concentración más alta de NaCl disuelto que la que por lo general se encontraría en una solución de NaCl. Al utilizar la fórmula en células de riñón de mono, descubrieron que es posible que "las soluciones hipertónicas puedan investigarse como una profilaxis o un tratamiento alternativo para los pacientes con Covid-19".

Cuando notaron que "el tratamiento nebulizado con solución salina hipertónica al 3% para bebés con bronquiolitis moderada a grave es seguro sin ningún evento adverso, como broncoespasmo, tos o empeoramiento de las sibilancias" y que los estudios anteriores demuestran que "la irrigación nasal con solución salina hipertónica y las gárgaras podrían haber desempeñado un papel importante en la reducción de los síntomas y la duración de la enfermedad causada por el Covid-19", propusieron que el tratamiento contra la Covid podría involucrar una forma hipertónica de solución salina nasal.

- *Fisetina*

Es una molécula flavonoide que se puede encontrar en frutas y vegetales. Un estudio realizado en animales y publicado en julio de 2021, demostró que podría ayudar a reducir la tasa de mortalidad en adultos mayores con Covid-19. En la actualidad existe un estudio en humanos que está en desarrollo y tiene el fin de analizar el efecto que podría tener en pacientes adultos mayores con Covid-19.

Se trata de una clase de moléculas que pueden matar a las células senescentes. En la actualidad, existen 16 estudios de investigación que están registrados en ClinicalTrials.gov y se dedican a estudiar la fisetina. De estos, 13 se encuentran en las etapas iniciales, ya sea en periodo de inscripción, reclutamiento o aún no han reclutado participantes.

La mayoría de los efectos biológicos que tienen los flavonoides se relacionan con modular las cascadas de señalización celular, ya que esa es la forma en que protegen contra la inflamación, trombogénesis, diabetes y el desarrollo del cáncer. Estudios anteriores demostraron resultados prometedores cuando utilizaron suplementos para mejorar el control glucémico, la función cognitiva o prevenir el cáncer.

Decidieron estudiar la fisetina para ayudar a reducir la gravedad de la Covid-19 en pacientes de edad avanzada. En un estudio realizado en animales y publicado

en julio de 2021, los investigadores estudiaron la respuesta a las señales de estrés que se relacionan con las células senescentes y aumentan con la edad.

Demostraron que las células senescentes aumentan el riesgo de presentar complicaciones de la Covid-19. Debido a que las células senescentes secretan factores proinflamatorios, plantearon la hipótesis de que podrían aumentar la respuesta proinflamatoria, el riesgo de sufrir una tormenta de citoquinas y una insuficiencia multiorgánica.

El compuesto senolítico que utilizaron para acabar con las células senescentes fue la fisetina. Creen que los datos sugieren que "los senolíticos podrían proteger a otras personas vulnerables de los resultados adversos de la Covid-19, en quienes se produce un aumento de células senescentes [SnCs por sus siglas en inglés] (como personas con problemas de obesidad o enfermedades crónicas)".

Los investigadores colaboran con residentes de asilos con asistencia médica especializada que dieron positivo a la prueba de PCR del SARS-CoV-2 y tienen 65 años o más. Se estimó que empezarían a reunir datos en octubre de 2021 y terminarían en diciembre de 2023. La variable principal es un cambio en la gravedad del Covid-19.

Los investigadores quieren evaluar si la fisetina puede ayudar a prevenir que la enfermedad progrese y aliviar las complicaciones. Planean inscribir a 150 pacientes que recibirán un placebo sin ingredientes activos ni fisetina.

- *Tratamiento con ozono*

El ozono se puede aplicar a la desinfección de ambientes contaminados con el virus. La máxima eficacia viricida requiere un breve período de alta humedad (>90% de humedad relativa) después de alcanzar la concentración máxima del gas ozono (20-25 ppm, 39-49 mg/m3). Como gas, puede penetrar en todas las áreas dentro de una habitación, incluidas grietas, accesorios, telas. Se puede utilizar para la desinfección de la habitación de un hospital, del transporte público, la habitación del hotel, la cabina del crucero, la oficina y debajo de las superficies de los muebles, y lo puede hacer mucho más eficazmente que los aerosoles líquidos y aerosoles aplicados manualmente. El ambiente a tratar debe estar libre de personas y animales debido a la toxicidad relativa del ozono por inhalación.

El ozono tiene multitud de efectos biológicos beneficiosos. Dos de los principales son la mejora de la oxigenación a nivel tisular y su efecto inmunomodulador, consiguiendo así que disminuya la respuesta inflamatoria que sufren estos pacientes de coronavirus. A ello hay que unir su potencial efecto viricida.

La ozonoterapia (OT) se considera un tipo de medicina alternativa que consiste en administrar una mezcla de ozono (O_3) y oxígeno (O_2) al cuerpo bajo la hipótesis que tendría un efecto viricida, antioxidante e inmunomodulador. Se utiliza como tratamiento complementario en diversas enfermedades. Las concentraciones son

de 1-5% de O_3 más 95-99% de O_2, infundidos por vías tópicas, enterales o parenterales pero nunca vía respiratoria.

Por un lado, el uso de la ozonoterapia para el tratamiento de infecciones virales se basaría en la acción fuertemente oxidante y viricida del gas de ozono, que llevaría a la destrucción directa de los componentes de superficie de la cápside viral. Por otro lado, se basaría en la hipótesis que estimula la respuesta antioxidante que regula la producción de algunas citoquinas proinflamatorias y que podría influir en la respuesta inmune contra las infecciones (IL10, IL-1B y TNF-a).

La ozonoterapia sistémica puede ser "potencialmente" útil en el SARS-CoV-2. La justificación y el mecanismo de acción ya se han demostrado clínicamente en otras infecciones virales y se ha demostrado que es muy eficaz en estudios de investigación. El mecanismo de acción es el siguiente: 1) Inducción de una respuesta adaptativa al estrés oxidativo, por lo tanto, restablece un reequilibrio del estado redox celular. 2) La inducción de IFN-gamma y citocinas proinflamatorias. 3) El aumento del flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos a órganos vitales. 4) Tiene las acciones potenciales para actuar como una autovacuna cuando se administra en forma de autohemoterapia menor.

El planteamiento del uso de la OT como tratamiento de la Covid-19 se basa en evidencia procedente de estudios in vitro que muestran la capacidad del ozono para inactivar virus o inducir la expresión de enzimas antioxidantes y citoquinas (IFN-gamma, TNF-a y IL-4) relacionadas a la inmunidad celular. Otros estudios preclínicos realizados en animales muestran que la exposición al ozono (preventiva o como terapia complementaria a antibióticos) se relaciona con menor daño de tejido pulmonar luego de infecciones bacterianas y sepsis. Por otro lado, los estudios clínicos no controlados muestran que la OT induce cambios bioquímicos y menor carga viral en pacientes con virus de la Hepatitis B, aumento de enzimas antioxidantes en sujetos sanos luego de la OT y regulación de citoquinas proinflamatorias en pacientes con esclerosis múltiple.

Las vías sistémicas incluyen la auto hemoterapia mayor (AHTM), la auto hemoterapia menor (AHTm), la insuflación rectal y la insuflación vaginal; mientras que las vías locales incluyen las inyecciones intradérmicas, intramusculares, intraarticulares, periarticulares o intradiscales. En el caso de las auto hemoterapias, el procedimiento consiste en extraer sangre del paciente en diferentes volúmenes que comprenden 100 a 250 ml (AHTM) y 10 ml (AHTm), mezclarlo con ozono médico (oxígeno-ozono) y re-introducirlo al paciente ya sea por vía endovenosa (AHTM) o intramuscular (AHTm).

Las vías de administración recomendadas son: Solución salina ozonizada (O3SS), autohemoterapia mayor (MAH), oxigenación-ozonización sanguínea extracorpórea (EBOO) y una variante de la autohemoterapia menor (MiAH). El protocolo clínico debe cumplirse con las dosis y los procedimientos estándar definidos en la Declaración de Madrid sobre la Ozonoterapia. La Ozonoterapia es una terapia complementaria, porque mientras el paciente

infectado es tratado con medicina alopática, al mismo tiempo puede recibir el tratamiento propuesto.

Hasta hace poco, no se contaba con resultados de ensayos clínicos aleatorizados y controlados que evalúen el uso de la OT en comparación con el no uso en pacientes Covid-19. Solo se disponía de un reporte de casos (experiencia de dos casos) y un informe técnico desarrollado por el comité científico internacional de ozonoterapia que recomendaba el uso de la OT para pacientes Covid-19 con base en evidencia disponible para otros virus y patologías. Adicionalmente se han identificado 5 ECA en curso que tienen como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de la OT en comparación con no usar OT en pacientes Covid-19.

La administración de ozono puede ayudar a los pacientes con Covid-19 a mejorar notablemente su pronóstico después de solo dos o tres sesiones de tratamiento. Pacientes que estaban a punto de ser intubados y conectados a ventilación mecánica han podido, gracias a la terapia con ozono, no solo evitarlo sino mejorar hasta el punto de no requerir oxígeno. Son los resultados del primer ensayo clínico de ozonoterapia realizado en España en la Policlínica Nuestra Señora del Rosario de Ibiza.

Un equipo del Hospital Policlínica Ibiza, dirigido por el anestesiólogo Alberto Hernández, que ya publicó en The American Journal of Case Reports los resultados en tres pacientes, publicó en International Immunopharmacology resultados con 18 pacientes con neumonía grave por covid-19 ingresados en dicho hospital entre el 20 de marzo y el 19 de abril. A la mitad se les asignó autohemoterapia de ozono y a los demás tratamiento estándar. Los primeros recibieron sangre ozonizada dos veces al día a partir del día de admisión y durante una mediana de cuatro días. Cada tratamiento implicó la administración de 200 ml de sangre autóloga enriquecida con una mezcla de 200 ml de oxígeno y ozono con una concentración de ozono de 40 microgramos/ml. La autohemoterapia ozonizada se asoció con un tiempo más corto de mejoría clínica (7 días [6-10] frente a 28 [8-31]) y mejores resultados a los 14 días (88.8% frente a 33.3%).

Aunque por el momento en nuestro país no se ha extendido su aplicación clínica, sí hay precedentes internacionales con los mismos buenos resultados que los obtenidos en la Policlínica de Ibiza. El Hospital Universitario Santa María della Misericordia de Udine, en Italia, ha tratado con ozonoterapia a 36 pacientes con neumonía por Covid-19 que presentaban insuficiencia respiratoria y un 97% de los mismos no ha requerido intubación. Por otro lado, en China hay 4 ensayos clínicos en marcha y los resultados provisionales son muy esperanzadores.

Un artículo publicado en Diario Médico, en su edición del pasado 16 diciembre, nos cuenta que la Ozonoterapia reduce los días de hospitalización y los marcadores de inflamación y coagulación en pacientes ingresados por Covid-19. Según este periódico médico, la docena de estudios publicados hasta ahora sobre el uso de la ozonoterapia en Covid-19, gran parte de ellos españoles e italianos, muestran que reduce la estancia hospitalaria así como la necesidad de intubación. En uno de los estudios, publicado en Journal of Medical Viroly, un equipo del

Hospital Universitario Umberto I, adscrito a la Universidad la Sapienza de Roma, con resultados de los primeros 28 pacientes de un ensayo que estudiará a un total de 152. Hasta ahora, 14 pacientes han sido tratados con ozono más el tratamiento recomendado para la Covid-19 y otros 14 solamente con el tratamiento recomendado, durante siete días. Los tratados con ozono mejoraron algunos parámetros de la inflamación y la coagulación y necesitaron menos oxígeno. En ninguno se ha registrado toxicidad ni efectos secundarios a diferencia de los tratamientos con antirretrovirales.

En Italia, otro equipo de la Universidad y el Hospital de Udine publicó en Internal and Emergency Medicine otro análisis con auto-hemoterapia tratada con oxígeno/ozono (O_2/O_3) como terapia adyuvante en 30 pacientes con neumonía leve a moderada y los compararon con otros tantos que recibieron solo el tratamiento recomendado. En el grupo tratado con O_3-autohemoterapia más la terapia habitual, los pacientes eran más jóvenes pero con fenotipos clínicos más graves. Se observó una disminución de los fenotipos clínicos en todos los pacientes durante la hospitalización, pero esta mejora clínica fue estadísticamente significativa sólo en los pacientes de la ozonoterapia.

En un número de Virus Research el grupo de Francesco Cattel, de la Universidad de Turín, repasa la evidencia disponible sobre la posible actividad antiviral del ozono en pacientes con Covid-19. "La ozonoterapia parece tener un papel inmunológico debido a la modulación de citocinas e interferones, incluida la inducción del interferón gamma".

Más que en monoterapia, la consideran útil como complemento de los regímenes de tratamiento estándar. Una búsqueda bibliográfica que hicieron entre enero de 2011 y julio de 2020 halló 280 artículos sobre ozonoterapia, de los que seleccionaron 13. En ellos, han observado que "el ozono ejerce actividad antiviral a través de la inhibición de la replicación viral y la inactivación directa de virus. Es un potenciador de medicamentos antivirales y no una alternativa a ellos. El tratamiento combinado con ozono y antivirales demostró una reducción de la inflamación y el daño pulmonar".

Explican que las vías de administración del ozono son intravenosas directas, autohaemoterapia y oxigenación-ozonización extravascular de la sangre. La ozonoterapia sistémica parece útil para controlar la inflamación, estimular la inmunidad y como antiviral y proporciona cierta protección contra los síndromes coronarios agudos y el daño isquémico por reperfusión.

En nuestro país también la ha estado aplicando el grupo de Marcos Edgar Fernández-Cuadros y María Jesús Albadalejo, del Hospital Santa Cristina, de Madrid. En la revista SN Comprehensive Clinical Medicine, proponían "la insuflación rectal como vía sistémica de administración del ozono (95-96%) y que podría extrapolarse al SARS-CoV-2, dados los excelentes resultados observados en el manejo del Ébola". Describían sus propiedades biológicas para inactivar el virus por oxidación directa (O_3) o indirecta (ROS y LOP) y para estimular los sistemas inmunes celulares y humorales. "El ozono mejora el intercambio de gases, reduce la inflamación y modula el sistema antioxidante, por lo que sería

útil en la fase de hiperinflamación o tormenta de citocinas, y en la hipoxemia y fase de fallo multiorgánico". Hace tiempo, publicaron en la misma revista los resultados positivos en cuatro pacientes.

El doctor Alberto Hernández argumenta que hay dos elementos clave en esta enfermedad que están llevando desgraciadamente a la muerte a muchos pacientes: un efecto inflamatorio brutal o 'tormenta de citocinas', y una afectación de la microcirculación con formación de microtrombos. Hay, según este especialista, varias maneras de contrarrestar esa tormenta de citocinas provocada por el coronavirus. Por un lado, la tradicional, administrando corticoides a dosis altas, y con el inconveniente de deprimir el sistema inmune por lo que se debilita el organismo. Y por otro, mediante la administración de vitamina C a altas dosis por vía intravenosa o, aún más sencillo, la administración de ozono, ya que ambos son capaces de contrarrestar la tormenta de citocinas y ambos tienen poder viricida. El ozono además, gracias a su acción sobre los glóbulos rojos, mejora el transporte de oxígeno a los tejidos y en consecuencia la microcirculación al hacer la sangre más fluida y favorecer los valores normales de la presión arterial.

Por tanto, "el ozono permite tratar de manera sencilla los dos principales problemas fisiopatológicos que tienen los pacientes de Covid-19", subraya Hernández, que ha dirigido una publicación sobre este tema en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación, bajo el título: "Dos terapias conocidas podrían ser efectivas como adyuvantes en el paciente crítico infectado por Covid-19". Asimismo ha publicado recientemente un artículo de opinión en la Sociedad de Cuidados Neurocríticos de Estados Unidos.

Un estudio tuvo como objetivo trata dos grupos de pacientes: 60 con un esquema de medicina preventiva y 60 postCovid-19 en fase de rehabilitación. En ambos casos los grupos se dividieron en 4 subgrupos de tratamiento donde se utilizaron las vías de administración de ozono: auto hemoterapia menor, terapia rectal, auto hemoterapia mayor (MAH) o solución salina ozonizada (SSO3). Todos los tratamientos se siguieron sobre la base de los protocolos internacionales estándar, establecidos en la Declaración de Madrid. El estudio tuvo lugar en Caracas, Venezuela con pacientes que dieron su consenso a participar. La aplicación del ozono por las diferentes vías de administración estudiadas en los pacientes en el grupo de prevención, mostró un 0 % de contagios, durante el tratamiento y 12 semanas posteriores. Después de 12 semanas el 16% de los pacientes se contagiaron con síntomas leves. En el grupo en rehabilitación, la recuperación total de los síntomas tuvo lugar entre 1 a 2 meses en dependencia de la vía de administración seleccionada. Las vías más efectivas en este caso fueron la MAH y la SSO3 en las cuales la recuperación tuvo lugar en 1 mes. A pesar de las limitaciones de este estudio, los resultados son alentadores para promover estudios clínicos con un mayor número de pacientes.

Para José Baeza, presidente de la Sociedad Española de Ozonoterapia (SEOT) y vicepresidente de la Federación Mundial de Ozonoterapia (WFOT), "son estudios que apuntan los beneficios de la ozonoterapia en pacientes afectados por la

Covid-19. Con cientos de pacientes muriendo todos los días, considero que el uso de la ozonoterapia en esta pandemia debe ser valorado por las autoridades sanitarias. Algunos hospitales ya lo están haciendo de forma compasiva".

- *Melatonina*

La angiotensina 2 es un prooxidante que se convierte en angiotensina 1.7 (un antioxidante), por la enzima ACE2. La ACE2 es la misma enzima a la que se adhiere la proteína Spike del SARS-CoV-2 y la usa para ingresar a la célula.

La angiotensina 2 aumenta la presión arterial, mientras que la angiotensina 1.7 la reduce al relajar la vasculatura. Si tiene angiotensina 2 alta, tendrá un nivel de ROS más alto en la célula, lo cual, como se mencionó antes, es perjudicial, ya que daña el mecanismo de la célula. La angiotensina 1.7, por otro lado, disminuirá las ROS en la célula.

El problema con la Covid es que cuando el supuesto virus se adhiere a la célula, elimina la enzima ACE2 (porque la proteína Spike se une a ella). Entonces, la angiotensina 2 aumenta, la angiotensina 1.7 disminuye y el cambio de angiotensina 2 a angiotensina 1.7 no ocurre.

Como resultado, las ROS (especies oxidativas reactivas) aumentan sin control dentro de la célula. La supuesta infección por SARS-CoV-2 también aumenta la producción de glóbulos blancos y eso también aumenta las ROS. El resultado final de este estrés oxidativo alto son los coágulos de sangre, que al mismo tiempo provocan la hipoxemia.

La melatonina puede romper este ciclo destructivo, al absorber las ROS y proteger sus mitocondrias de la destrucción. Si no duerme las horas necesarias por la noche y no se expone lo suficiente a los rayos del sol durante el día, sus mitocondrias se "sobrecalentarán" debido a la inflamación. La melatonina es el "refrigerante" que amortigua las ROS en sus mitocondrias.

Si sus mitocondrias ya están agotadas y contrae Covid, el estrés adicional puede llevarlo al límite. Si su sistema de melatonina funciona de forma correcta, porque tiene un sueño de calidad y se expone suficiente a los rayos del sol, es más probable que combata la infección y que no se complique.

Se realizó un estudio publicado en la revista International Journal of Infectious Diseases para observar el efecto que la melatonina podría tener en pacientes adultos con infección grave por Covid-19. Involucraron a 158 pacientes con enfermedades graves en un ensayo clínico, prospectivo, aleatorizado y unicéntrico realizado en Mosul, Irak, desde el 1 de diciembre de 2020 hasta el 1 de junio de 2021.

Los pacientes se dividieron en dos grupos. En el grupo de control, hubo 76 que solo recibieron atención terapéutica estándar. En el grupo de intervención, 82 recibieron atención terapéutica estándar que incluía más de 10 miligramos (mg)

de melatonina por día. Luego, los médicos analizaron la incidencia de sepsis, trombosis y mortalidad en los días 5, 11 y 17.

Cuando los investigadores compararon los datos del grupo de control con los del grupo de intervención, descubrieron que los casos de trombosis y sepsis disminuyeron en los pacientes que tomaron melatonina durante la segunda semana. También descubrieron que la mortalidad era mayor en los pacientes que no tomaban melatonina.

Los hombres constituyeron el 72.2 % de los pacientes y la edad promedio fue de 56.3 años con un rango de 32 a 78 años.Los investigadores dividieron el grupo de intervención y de control sin diferencias significativas en relación con las comorbilidades que aumentan el riesgo de sufrir complicaciones de Covid-19, como la presión arterial alta, el asma, la diabetes y las enfermedades cardíacas.

Al medir los criterios de valoración de cada persona, los investigadores descubrieron que para el día 17 había más pacientes con trombosis en el grupo de control, comparado con el grupo que tomaba melatonina. En los primeros cinco días, ningún paciente desarrolló sepsis en ninguno de los grupos. Sin embargo, para el día 11, dos pacientes del grupo que tomaba melatonina desarrollaron sepsis, mientras que en el grupo de control había ocho pacientes.

Al final del estudio, los investigadores descubrieron que había una tasa de mortalidad un 17.1% más alta en el grupo de control, en comparación con el grupo de melatonina que registró apenas un 1.2 %. La melatonina se administró por vía oral y cuando se agregó al estándar de atención, los investigadores concluyeron:

"Las tasas mejoradas de trombosis, sepsis y mortalidad respaldan la efectividad de la melatonina adyuvante para atenuar esta enfermedad infecciosa. Debido al desempeño de la melatonina como un medicamento barato, muy seguro y disponible, se recomienda que se incluya en estudios futuros".

El estudio destacado, en el cual se demostró que la melatonina puede reducir los efectos severos del Covid-19, respalda la investigación publicada a finales de 2020 que demostró que el uso de la melatonina se relacionó con una probabilidad 28% menor de arrojar un resultado positivo en una prueba de Covid-19. Los investigadores comenzaron el estudio para identificar las posibles modalidades de tratamiento con el método de Network medicine y las observaciones clínicas.

El método Network medicine evalúa las redes celulares y los efectos que tienen en la enfermedad y en el tratamiento. Cuando existe una relación a nivel molecular entre las enfermedades, el Network medicine busca posibles tratamientos farmacológicos. Los investigadores utilizaron inteligencia artificial para comparar genes y proteínas del SARS-CoV-2 junto con otras 64 enfermedades.

A partir de estos datos, identificaron afecciones que eran similares y que tenían medicamentos aprobados para el tratamiento. Con esta información, los

investigadores identificaron 34 medicamentos aprobados por la FDA que se usan para tratar afecciones similares y que se podrían reconsiderar para tratar la Covid-19.

La lista de afecciones incluye enfermedades autoinmunológicas, pulmonares, anticuerpos específicos y cardiovasculares. A partir de estas afecciones, los investigadores identificaron medicamentos, incluyendo la melatonina, de una lista de categorías que incluían antibióticos, antiinflamatorios, hormonas, betabloqueantes y agonistas B2.

Después de identificar estos medicamentos, los investigadores utilizaron la información junto con los datos de casi 27 000 pacientes hospitalizados en la Clínica Cleveland. Se ajustaron por factores de confusión como la edad, antecedentes de tabaquismo, raza y una variedad de enfermedades concomitantes y descubrieron que la melatonina reducía en un 28 % la probabilidad de arrojar un resultado positivo en una prueba de Covid-19.

El Dr. Marik también utilizó la melatonina para tratar la sepsis. Publicó un artículo en el Journal of Thoracic Disease en febrero de 2020 donde expone los motivos científicos para utilizar la melatonina y ayudar a regular el desequilibrio oxidativo junto con la disfunción mitocondrial, que por lo general se encuentra en la sepsis.

A esto le siguió un artículo publicado en la revista Frontiers in Medicine en mayo de 2020, en el que él y un equipo de científicos publicaron un algoritmo terapéutico que utilizaron para tratar el Covid-19 con melatonina. Sobre esto los expertos afirmaron lo siguiente: "Las múltiples acciones de la melatonina como antiinflamatorio, antioxidante y antiviral (contra otros virus) la convierten en una opción razonable".

Su cuerpo utiliza melatonina para ayudar a proteger su salud de varias maneras. La melatonina es más conocida por la relación que tiene con su reloj circadiano. Aunque los científicos siguen descubriendo algunos de los beneficios del sueño, se sabe que la melatonina es una molécula que regula los problemas subyacentes del sueño.

Existen algunos estudios positivos que demuestran el efecto que tiene la melatonina sobre los trastornos relacionados con los ritmos disfuncionales de la melatonina, como el desfase de horario y el trabajo por turnos. Además, existe evidencia de que la producción de melatonina en las personas con enfermedad de Alzheimer disminuye en las primeras etapas. La mala calidad del sueño aumenta la cantidad de placas de beta-amiloide que son muy importantes para que progrese la enfermedad de Alzheimer.

El descubrimiento de la relación entre la neurodegeneración y el sueño ofrece la posibilidad de utilizar la melatonina para promover un envejecimiento mental saludable y tratar la enfermedad de Alzheimer en las primeras etapas. La melatonina también ayuda a regular la inflamación en el cuerpo, lo que tiene un impacto en las molestias que causa la artritis reumatoide y la osteoartritis.

Un artículo publicado en 2015 investigó la relación entre la melatonina y las recaídas por la esclerosis múltiple, y descubrió que la melatonina mejora los períodos de recaída. También descubrieron que la melatonina afecta la "diferenciación de las células T y que tiene efectos en los trastornos autoinmunológicos como la esclerosis múltiple".

La melatonina ayuda a promover la estabilidad genómica, lo que podría explicar por qué se descubrió que interrumpir la señalización de la melatonina promueve el crecimiento y el metabolismo del cáncer de mama humano. Las funciones antioxidantes y antiinflamatorias de la melatonina también demostraron su capacidad para proteger la función hepática y tienen un impacto en la enfermedad del hígado graso.

La variedad de efectos que tiene la melatonina en el cuerpo humano es muy relevante. Un estudio de investigación publicado en el Journal of Perinatology demostró que administrar melatonina en niños con hipotermia (enfriamiento de todo el cuerpo), que sufrieron asfixia durante el parto, tuvo un efecto neuroprotector y mejoró la lesión cerebral en los bebés que recibieron hipotermia y cinco dosis enterales diarias de melatonina.

Aunque es probable que los suplementos con melatonina por vía oral tengan beneficios, también ayudan a optimizar su propia producción. Es muy simple y económica, además le ayudará a optimizar sus niveles de vitamina D. Para optimizar la producción de melatonina debe comenzar con obtener suficiente luz de los rayos del sol durante el día, ya que esto ayuda a configurar su reloj circadiano.

A medida que se acerca la noche y se oculta el sol, deberá evitar la luz artificial. La luz azul de las pantallas electrónicas y las luces LED causan muchos problemas e impiden que se produzca melatonina. Si necesita luz, utilice focos incandescentes, velas o lámparas de sal. La luz azul de las pantallas electrónicas se puede contrarrestar al utilizar un software que bloquea la luz azul o con anteojos que bloquean la luz azul.

La decisión de usar suplementos de melatonina tiene aún más sentido ahora que entendemos que la melatonina no solo se produce en la glándula pineal (que se beneficiaría de la optimización circadiana), sino también en nuestras mitocondrias. Entonces, parece que la melatonina podría servir como un complemento ideal para modular su respuesta inmunológica.

- *Fluvoxamina*

Los resultados de un nuevo ensayo clínico aleatorio, publicado en 'The Lancet Global Health', han demostrado que el uso de fluvoxamina para tratar a pacientes ambulatorios de alto riesgo con Covid-19 diagnosticada de forma temprana redujo la necesidad de observación prolongada en un entorno de emergencia o de hospitalización, en comparación con un grupo de control que recibió un placebo.

La fluvoxamina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) que se utiliza actualmente para tratar enfermedades mentales como la depresión y los trastornos obsesivo-compulsivos. Se eligió para su estudio como posible tratamiento de la Covid-19 debido a sus propiedades antiinflamatorias.

El ensayo Together es un ensayo aleatorizado de plataforma adaptativa para investigar la eficacia de ocho tratamientos reutilizados para la Covid-19 entre los pacientes ambulatorios adultos de alto riesgo.

Entre los puntos fuertes del ensayo Together, y además de su tamaño muestral y el elegante diseño adaptativo bayesiano, cabe destacar su bajo riesgo de sesgos por la aleatorización, el enmascaramiento y el análisis por intención de tratar, así como la consistencia del análisis por subgrupos.

Entre las limitaciones, la ausencia de adjudicación de los eventos y el empleo como medida principal de resultados de un peculiar endpoint combinado (adoptado porque durante los periodos de saturación hospitalaria en Brasil muchos pacientes eran atendidos en urgencias sin llegar a ser hospitalizados), mientras algunos endpoints secundarios relevantes como la hospitalización (aislada, sin incluir las visitas de más de 6 horas en urgencias), la necesidad de ventilación mecánica o la mortalidad, fueron inconcluyentes.

Un total de 741 participantes recibieron 100 mg de fluvoxamina dos veces al día durante diez días y 756 participantes recibieron un placebo. Los participantes del ensayo fueron observados durante 28 días después del tratamiento, y el principal resultado del ensayo fue que los pacientes pasaron más de seis horas recibiendo tratamiento médico en un centro de urgencias especializado Covid-19, o fueron hospitalizados.

De los 741 participantes que recibieron fluvoxamina, 79 requirieron (79/741, el 10.6%) una estancia prolongada de más de seis horas en un entorno de emergencia u hospitalización, en comparación con 119 de los 756 (119/756, el 15.7%) participantes que recibieron el placebo. Estos resultados demostraron una reducción absoluta del riesgo de hospitalización prolongada/atención de urgencia prolongada del 5% con y una reducción del riesgo relativo del 32%.

Los resultados del ensayo muestran una importante reducción en el endpoint principal del estudio (un combinado de hospitalizaciones y atención prolongada en urgencias) en el grupo con fluvoxamina (11 %) vs. el grupo placebo (16 %; riesgo relativo: 0.68; intervalo bayesiano de credibilidad del 95 %: 0.52 a 0.88), con una probabilidad de superioridad del 99.8.

Aunque la mortalidad no fue un resultado primario del estudio, en un análisis secundario "por protocolo" de los pacientes que tomaron al menos el 80% de las dosis de medicación, hubo una muerte en el grupo de fluvoxamina, frente a 12 en el grupo de placebo.

"Nuestros resultados coinciden con los de ensayos anteriores más pequeños. Dada la seguridad, la tolerabilidad, la facilidad de uso, el bajo coste y la amplia

disponibilidad de la fluvoxamina, estos resultados pueden tener una importante influencia en las directrices nacionales e internacionales sobre el tratamiento clínico de la Covid-19", explica el doctor Gilmar Reis, coinvestigador principal, con sede en Belo Horizonte (Brasil).

Además, los autores señalan que el uso de intervenciones, incluida la fluvoxamina, para prevenir la progresión de la enfermedad y la hospitalización depende fundamentalmente de la identificación fiable de los individuos con mayor riesgo de deterioro en las primeras fases de la infección por Covid-19.

"La respuesta definitiva sobre los efectos de la fluvoxamina en resultados individuales como la mortalidad y las hospitalizaciones aún debe ser abordada, ya que queda por determinar si la fluvoxamina tiene un efecto aditivo a otras terapias como los anticuerpos monoclonales y la budesonida, y cuál es el esquema terapéutico óptimo de la fluvoxamina".

Quedan puntos por aclarar sobre la efectividad y seguridad de fluvoxamina en el manejo de pacientes con supuesto Covid. Además de establecer su importancia en la reducción de outcomes individuales relevantes (hospitalización, mortalidad, etc.), convendría conocer si existe o no un efecto aditivo con otros tratamientos ambulatorios aceptados como la budesonida o los anticuerpos monoclonales, o su efectividad en la infección disruptiva en pacientes "vacunados" (solo el 6 % de los pacientes reclutados habían recibido al menos una dosis).

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) rechazó una solicitud para otorgar una autorización de uso de emergencia a un medicamento genérico barato para el tratamiento del coronavirus de Wuhan (Covid-19). Esta decisión ha generado controversia y ha generado críticas de muchos trabajadores de la salud.

El medicamento en cuestión es la fluvoxamina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) aprobado por la FDA que generalmente se usa como tratamiento para afecciones de salud mental como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno depresivo mayor.

En diciembre de 2021, el Dr. David Boulware, un destacado especialista en enfermedades infecciosas y profesor de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Minnesota, presentó una solicitud de autorización de uso de emergencia para la fluvoxamina como tratamiento ambulatorio para pacientes con Covid-19 positivo y para prevenir la progresión de sus casos a la hospitalización.

La FDA rechazó la solicitud recientemente, alegando que el principal ensayo controlado aleatorio realizado en Brasil no proporcionó pruebas suficientes para demostrar los beneficios de la fluvoxamina en la prevención de la hospitalización y la muerte.

El ensayo de Brasil involucró a casi 1500 participantes. Cumplió con su criterio principal de valoración, pero a la FDA le preocupaba el hecho de que "los resultados se debieron principalmente a una reducción en las visitas al

departamento de emergencias que duraron más de seis horas, y existen incertidumbres sobre la evaluación de este criterio de valoración y si ese tiempo representa un umbral clínicamente significativo".

- *Astaxantina*

El documento titulado: "Covid-19: Potential of Microalgae Derived Natural Astaxanthin as Adjunctive Supplement in Alleviating Cytokine Storm", publicado el 21 de abril del 2020 en el sitio web de la biblioteca de investigación del Social Science Research Network (SSRN), menciona el uso de la astaxantina, que es un potente suplemento antioxidante hecho de las microalgas.

Según los autores del estudio:

Existen evidencias preclínicas de efectividad y seguridad de que utilizar la astaxantina para otras indicaciones y justificar su posible inclusión como adyuvante, en combinación con medicamentos antivirales, beneficiará a las personas con Covid-19 al mejorar su salud y reducir el tiempo de recuperación.

De manera clínica, la astaxantina natural ha mostrado tener diversos beneficios y se ha reportado que detiene el daño oxidativo del ADN, reduce los niveles de proteína C reactiva (PCR) y de otros biomarcadores de inflamación. Estudios anteriores informaron que la astaxantina natural es un factor positivo para aliviar la tormenta de citoquinas, lesión pulmonar aguda, síndrome respiratorio agudo, etc.

Los conocimientos actuales, con base en evidencias acumuladas, sugieren que el SARS-CoV-2 induce una mayor respuesta inflamatoria potencial a las consecuencias secuenciales de la lesión pulmonar aguda (LPA), síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS, por sus siglas en inglés) y una grave consecuencia mortal de shock séptico con mayor expresión de los genes relacionados con la inflamación, junto con infecciones secundarias inevitables, en lugar de una mayor carga viral.

Atenuar la tormenta de citoquinas al enfocarse en los pasos más importantes del proceso puede ofrecer mejores resultados.

Shi y sus colaboradores sugirieron un enfoque de dos fases para tratar a las personas con Covid-19: la primera fase se basa en la defensa inmunológica para casos leves de Covid-19 y la segunda fase se basa en la inflamación para personas con casos graves de Covid-19.

Zhang y sus colaboradores presentaron una revisión crítica, que indica la importancia de bloquear la tormenta de citoquinas en el momento adecuado, seguido de una terapia antiinflamatoria para reducir la tasa de mortalidad. Una serie de antioxidantes ofrece una recuperación rápida al reducir los efectos secundarios posteriores al tratamiento"

El artículo sobre la astaxantina cita investigaciones que demuestran que "puede ser importante para regular la inmunidad y la etiología de la enfermedad" gracias a sus diversas actividades.

Es un poderoso antioxidante y un refuerzo inmunológico, antiinflamatorio, neuroprotector, inmunomodulador, antibacteriano y antiapoptótico. Se cree que es el más poderoso de todos, en términos de poder antioxidante. Como se señala en el documento sobre la astaxantina:

"La actividad antioxidante de la astaxantina supera los antioxidantes existentes con una capacidad de eliminar los ROS hasta 6000 veces mayor que la vitamina C, 800 veces mayor que la coenzima Q10, 550 veces mayor que la vitamina E, 200 veces mayor que los polifenoles, 150 veces mayor que las antocianinas y 75 veces mayor que el α-ácido lipoico".

Es importante destacar que, cómo se explica en este documento, la astaxantina tiene una estructura molecular que le permite penetrar en la membrana celular de dos capas.

La capacidad de extinguir las especies reactivas de oxígeno (ROS) y los radicales libres, en las capas interna y externa de la membrana celular, le permite ofrecer una mayor protección para combatir el estrés oxidativo, en comparación con otros antioxidantes.

"El efecto antioxidante de la astaxantina trabaja junto con sus acciones antiinflamatorias, al regular las enzimas antioxidantes (superóxido dismutasa) y las enzimas pro-oxidativas (óxido nítrico sintetasa).

La astaxantina también es conocida por proteger las células beta pancreáticas, al reducir el estrés oxidativo y la toxicidad del azúcar, mejorar los niveles de adiponectina y HDL, al igual que al aumentar el flujo sanguíneo y la circulación.

Las evidencias indican que la desregulación de las citocinas en la inflamación es lo más importante para mediar, amplificar y perpetuar el proceso de sepsis o LPA.

El exceso de varias citocinas proinflamatorias, en especial el TNF-α, IL-6, IL-1β, IL-12 e IL-8, inician una respuesta inflamatoria sistémica que conduce a la simulación de la respuesta inmunológica adaptativa y la tormenta de citoquinas, lo que resulta en una lesión celular aguda para desarrollar sepsis o LPA.

Estas observaciones, junto con las evidencias acumuladas sobre el Covid-19, sugieren que el proceso inflamatorio involucra una relación con la LPA y la sepsis, que están relacionadas con la SDRA.

Esto garantiza que los tratamientos antioxidantes y antiinflamatorios deben administrarse de manera estratégica para tratar a las personas con Covid-19.

Los tratamientos antiinflamatorios y antioxidantes para intervenir en la producción excesiva de citocinas, incluyendo IL6 y TNF-α, pueden ser una

excelente estrategia para prevenir y tratar la LPA y la sepsis, que están relacionadas con la SDRA inducida por la Covid-19”.

Según los autores, la astaxantina puede ser la mejor opción para este propósito. La astaxantina "puede ser uno de los tratamientos más prometedores para combatir la Covid-19, gracias a su actividad antiinflamatoria y antioxidante respaldada por múltiples ensayos preclínicos y humanos, además de su perfil de seguridad", explicaron.

El siguiente gráfico ilustra y resume los efectos de la astaxantina y cómo puede ayudar a calmar la tormenta de citoquinas que es responsable de la sepsis, la lesión pulmonar aguda, la SDRA y los trastornos multiorgánicos que se observan en personas con casos graves de Covid-19. Según los autores del estudio:

"Especulamos que las implicaciones de la astaxantina como tratamiento adyuvante de la Covid-19 pueden ofrecer un doble propósito, tanto como compuesto antioxidante como antiinflamatorio, con el poder de reducir la mortalidad y ofrecer una recuperación más rápida".

En resumen, la astaxantina cumple muchos requisitos importantes cuando se trata de la Covid-19, como regular la respuesta inmunológica y mejorar las respuestas inmunológicas mediadas por las células, así como proteger de manera simultánea contra el daño oxidativo y la inflamación.

Además de ser efectiva para combatir la Covid-19 y otras enfermedades respiratorias, también se ha demostrado que la astaxantina proporciona beneficios para la salud, al proteger contra la radiación y promover la salud de la piel, los ojos, el cerebro y el corazón.

- *Amantadina*

Es un químico utilizado desde hace años en pacientes con enfermedad de Parkinson’s y otras alteraciones neurológicas debido a su acción sobre ciertos receptores neuronales. Este compuesto también tiene acciones antivirales conocidas, incluso contra coronavirus humanos HCoV-0C43, CoV-229E y SARS-CoV-1. Su acción propuesta es mediante el bloqueo de una viroporina (canal iónico) del virus, que evita el que puedan salir más virus de una célula infectada (bloqueando así la transmisión a otros y la infección dentro de un organismo). También inhibe la entrada del virus a la célula porque altera el pH de las vesículas endosómicas con las que entran al inhibir la acción de una proteasa (enzima que degrada proteínas) celular, la catepsina, que usan los coronavirus para entrar a la célula. De hecho, estudios de tamizaje molecular han mostrado que la Amantadina ocupa el quinto lugar en su acción de inhibición de la catepsina. Por eso, estudios in vitro con Amantidina han podido demostrar una marcada acción anti SARS-CoV-2 (1) (2). No tiene nada que ver su acción con la unión entre Spike y ACE2 (el receptor celular que usa el virus), y eso quiere decir que funcionaría contra cualquiera de las variantes que vayan surgiendo por mutaciones, incluso contra el “temido” supuesto Deltacrón.

Algunos cuestionarán, y con justa razón, la sensatez de proponer utilizar un medicamento que se da a personas con Parkinson´s para tratar un padecimiento inflamatorio viral. El asunto es que 1) no se utilizaría en pacientes con Covid-19 de forma crónica, como ocurre con los padecimientos neurológicos, y 2) la dosis es menor (en tratamientos neurológicos se va subiendo la dosis y se toma por más tiempo). En FAERS pueden ver que la Amantadina está asociada con 184 muertes desde 1998 (menos que ivermectina, incluso). Además, es probable que muchos la hayan tomado sin saberlo. Resulta que es el compuesto activo de productos comerciales antigripales. Un simple antigripal puede ayudar a tratar el cuadro Covid-19, eso es lo que podemos leer en las publicaciones y comprender con base en su mecanismo de acción antiviral.

Evidentemente, es importante consultar con el médico para que determinen si es seguro, hay ciertas contraindicaciones para la Amantadina, como pacientes con insuficiencias cardíacas y personas con insuficiencia renal, en donde debe de ajustarse la dosis).

En un artículo publicado en marzo del 2021, por Fedorowski, titulado (traducido del inglés) "¿Podría la amantadina interferir con las "vacunas" antiCovid-19 basadas en la plataforma de ARNm-LNP?" se planteó la posibilidad de que este fármaco pudiese interferir con la entrada del ARN mensajero acoplado a las nanopartículas lipídicas (ARNm-LNP) de las "vacunas" (concretamente, al día de hoy, Pfizer/BioNTech y Moderna).

De acuerdo al artículo, los mecanismos de acción antiviral (estudiados para el virus de la Influenza A) de la Amantadina incluye la interferencia de las vesículas endosómicas al subir el pH y alterar los canales protónicos de la membrana, lo que disminuye la entrada de los virus en la célula. El asunto es que las vacunas basadas en ARNm-LNP usan justamente ese mecanismo para entrar en las células (las vesículas endosómicas). Por eso, Fedorowski planteó que la Amantadina podría interferir (inhibir) la entrada del ARNm "vacunal" en las células de quienes la reciben. Si el ARNm no entra en la célula, no se llevará a cabo la producción endógena de Spike. Fedorowski expresó su preocupación en ese sentido (dado que si no entra en la célula, la vacuna no va a "hacer su función" de generar inmunidad).

Es poco plausible y poco probable un efecto inhibitorio al tomarlo tiempo después de haber recibido la "vacuna" (recuerden que no se ha estudiado cuánto tiempo dura el ARNm-LNP en el organismo), sino de forma más bien inmediata. Es importante tomar en cuenta que dicho efecto inhibitorio potencial no aplicaría para ningún otro componente presente.

Por otro lado, la UE ya incluye cinco terapias prometedoras (1) (2) (3) (4), dentro de lo que llaman "Cartera Covid"; todos los productos incluidos (para tres de ellos, se solicitaría una extensión sobre las indicaciones autorizadas) están en una etapa avanzada de desarrollo y se les asocia un alto potencial para recibir la autorización en octubre de 2021. Cuatro son anticuerpos monoclonales que están en fase de revisión continua en la Agencia Europea del Medicamento (EMA); otro es un inmunosupresor autorizado para otras patologías y del que se espera que

se extiendan las indicaciones para el beneficio de estos pacientes. Los cuatro anticuerpos son: una combinación de bamlanivimab y etesevimab de la farmacéutica Eli Lilly (hasta el momento han mostrado una reducción en las hospitalizaciones y mortalidad en casos de Covid-19 de leves a moderado); una combinación de casirivimab y imdevimab de Regeneron y Hoffman-La Roche; regdanivimab de Celltrion y sotrovimab de GlaxoSmithKline y Vir Biotechnology. En cuanto al inmunosupresor, por su parte, se trata de baricitinib desarrollado por Eli Lilly. Baricitinib (Olumiant) se convirtió recientemente en el primer tratamiento inmunomodulador para Covid-19 en recibir la aprobación de la FDA.

La agencia lo aprobó para el tratamiento de Covid-19 entre adultos hospitalizados que requieren oxígeno suplementario, ventilación mecánica no invasiva o invasiva u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Aún permanece bajo el estado de Autorización de uso de emergencia (EUA) para pacientes hospitalizados de 2 a 17 años que requieren ayuda para respirar.

La FDA emitió por primera vez una EUA para baricitinib el 19 de noviembre de 2020, para su uso en combinación con remdesivir para tratar el Covid-19 entre pacientes adultos y pediátricos hospitalizados. La agencia revisó la EUA el 28 de julio de 2021 para autorizar baricitinib como tratamiento independiente. Casi 1 millón de pacientes con Covid-19 en aproximadamente 15 países han sido tratados con la terapia, dijo en un comunicado Patrik Jonsson, presidente de Lilly Immunology y Lilly USA.

Dos ensayos de fase 3, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo respaldaron la aprobación de la FDA: ACTT-2 (Ensayo de tratamiento adaptativo de Covid-19) y COV-BARRIER. Los efectos adversos que se han observado entre los pacientes con Covid-19 que han sido tratados con el medicamento incluyen trombosis venosa grave e infecciones graves, según la FDA, que requiere un recuadro de advertencia, el tipo más fuerte, en la información de prescripción del medicamento. El tratamiento no se recomienda para pacientes con tuberculosis activa, enfermedad renal en etapa terminal o lesión renal aguda o aquellos que se someten a diálisis.

Baricitinib, un inhibidor de la cinasa de Janus, se aprobó por primera vez en 2018 para el tratamiento de ciertos pacientes adultos con artritis reumatoide activa moderada o grave.

La Administración de Productos Terapéuticos (TGA), organismo regulador de los medicamentos en Australia, aprobó provisionalmente el sotrovimab. “Ningún paciente que fue tratado con sotrovimab terminó en un ventilador o en la UCI, en comparación con el placebo, donde se observaron esos resultados”, dijo a 9News la doctora Krystal Evans, de GSK. “Se trata del primer fármaco del que existen pruebas fehacientes de que realmente puede evitar que la gente tenga que ir al hospital”, declaró el Dr. David Andresen, especialista en enfermedades infecciosas del Hospital St Vincent de Sídney. El profesor Paul Griffin, director de enfermedades infecciosas de Mater Health Services, una empresa de prácticas médicas con sede en Queensland (Australia), afirmó que se trata del primer tratamiento para la Covid leve, ya que los anteriores se centraban en aquellos

que se encontraban en estado crítico en el hospital. "El sotrovimab es un tratamiento con anticuerpos que ha demostrado, en buenos ensayos clínicos, tener un impacto dramático en la reducción de la probabilidad de que las personas progresen a la enfermedad grave", dijo Griffin. "Si hay alguien con alto riesgo de desarrollar síntomas graves, puede administrarse. Tiene que administrarse pronto, antes de que la gente se encuentre muy mal, pero en esas personas detiene de forma muy significativa la progresión hacia la enfermedad grave".

El sotrovimab actúa uniéndose a la proteína de la espiga del virus mediante anticuerpos monoclonales fabricados a partir de los naturales que produce el cuerpo humano. La capacidad del virus para entrar en las células, multiplicarse y diseminarse por el organismo depende de esta proteína. El sotrovimab impide que esto ocurra.

En los ensayos clínicos, quienes recibieron una sola dosis tuvieron un 79% menos de posibilidades de hospitalización o muerte. Según Griffin, el sotrovimab ya se está administrando a adultos vulnerables mayores de 55 años con riesgos para la salud, así como a menores de 55 años con comorbilidades importantes como la diabetes o la enfermedad renal.

"Esas personas, obviamente, corren un riesgo muy importante de enfermar gravemente con Covid", dijo. "En los primeros cinco días, antes de que se pongan muy enfermos y antes de que necesiten oxígeno, ese anticuerpo puede reducir su probabilidad de evolucionar hasta requerir hospitalización".

"Los datos de los ensayos realizados en el extranjero son muy prometedores, y sugieren que se puede reducir el riesgo de que un paciente tenga que ir al hospital en unas tres cuartas partes", afirmó el Dr. Andresen.

No es barato (cada dosis cuesta más de 2000 dólares), pero es gratuito para los pacientes del sistema sanitario público australiano. Según los médicos, podría estar indicado para entre el 8 y el 15% de los individuos con Covid-19.

El regulador de medicamentos de la UE aprobó el uso de dos tratamientos con anticuerpos monoclonales para Covid-19, despejando el camino para el uso de las terapias como Regeneron-Roche y Celltrion.

En un comunicado emitido por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) el jueves, el regulador recomendó la autorización del tratamiento Regeneron-Roche para adultos y jóvenes mayores de 12 años, al tiempo que sugirió que Celltrion uno solo debe usarse en adultos.

Ronapreve de Regeneron-Roche y Regkirona de Celltrion son los primeros tratamientos de anticuerpos monoclonales para Covid que el comité de medicamentos humanos (CHMP) de la EMA recomienda para la autorización de comercialización.

Los tratamientos funcionan adhiriéndose a un objetivo específico, en este caso, la proteína de pico, lo que, según se explica, ayuda a aliviar los síntomas y reducir el riesgo de hospitalización y muerte.

Por otro lado, la OMS, ha estado probando otros tres medicamentos: artesunato, imatinib e infliximab. Los tres han sido seleccionados por un supuesto panel independiente de científicos, por su potencial para reducir el riesgo de muerte en personas hospitalizadas por Covid-19. El artesunato (Ipca) se utiliza contra el paludismo grave y formaba parte de la lista de medicamentos esenciales de octubre de 2013 y del tratamiento de la malaria de 2010, ambos de la OMS. El imatinib (Novartis), se utiliza para el tratamiento de ciertos tipos de cáncer, como la leucemia, desde mayo de 2001. El infliximab (Johnson & Johnson) se utiliza para la artritis reumatoide y enfermedades autoinmunes, como el Crohn. Fue aprobado su uso en Estados Unidos en 1998 y el año siguiente en la Unión Europea.

Hace pocas semanas, la OMS actualizó sus recomendaciones e incluyó el uso de dos medicamentos llamados antagonistas de la interleucina-6 en pacientes con Covid-19 grave o crítico. Estos fármacos (tocilizumab y sarilumab), usados originalmente para la artritis, inhiben esa reacción excesiva, con lo cual se reduce el riesgo de muerte y de la necesidad de ventilación mecánica. Se recomienda su uso en ambientes hospitalarios y en conjunto con corticoides. "Estas citoquinas se ven expresadas en las formas severas, los máximos niveles de estas sustancias proinflamatorias se ven en las formas severas que terminan incluso en la muerte. Entonces, tener fármacos que bloqueen a estas sustancias es lo que podría hacer que estos pacientes sobrevivan": Dr. Álex Castañeda. La OMS destacó que "la administración de estos fármacos reduce las probabilidades de muerte en un 13% respecto a la atención habitual", sin embargo, "siguen siendo inaccesibles e inasequibles para la mayor parte del mundo".

Como ha quedado demostrado, existen tratamientos efectivos para sl síndrome conocido como Covid-19, por tanto, el dogma oficial que dice que las "vacunas" son la única manera de superar la enfermedad, es también erróneo. Es algo que además es obligatorio comunicar a las personas antes de la inoculación y, esto, no se está haciendo.

Protocolo Covid

No obstante, algunos de dichos tratamientos, como ya he comentado, tampoco parecen seguros según lo que algunos testimonios nos cuentan y que vienen a demostrar también, que una autorización por parte de los organismos reguladores como la FDA, ni mucho menos es sinónimo de seguridad y/o eficacia.

De donde tenemos más datos y más información en general sobre protocolos Covid es de Estados Unidos, así que nos basaremos en esos datos y en algunos testimonios, para intentar explicar las diferentes consideraciones que rodean esos protocolos y que podamos hacernos una idea de lo que está sucediendo, ha sucedido y seguirá sucediendo, en muchos hospitales a nivel mundial, aún siendo

conscientes de que dichos protocolos contarán con algunos elementos diferenciados según el país.

El Dr. Bryan Ardis explicó en detalle los peligros asociados con remdesivir, un medicamento que se ha recetado ampliamente a pacientes con Covid-19. Advirtió que **los hospitales que usan remdesivir y ventiladores para tratar a los pacientes con Covid-19 están haciendo más daño que bien, explicando que "estos protocolos están diseñados para matar"**. En España, este medicamento está incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud desde el 3 de marzo. Por tanto, la administración del tratamiento con este medicamento depende del criterio del médico y del hospital y actualmente, se está usando junto con por ejemplo: lopinavir/ritonavir, interferón β1b, interferón α-2b o Tocilizumab. **"Curiosamente", como se puede observar en el** documento, **para la administración de todos ellos por parte del médico, se solicita: "Obtener previamente el consentimiento informado del paciente", sin embargo, para la inoculación de los sueros experimentales, dicho consentimiento deja de ser importante para esos mismos médicos, enfermeros y autoridades en general, ¡muy curioso!**

Hablando en la última conferencia virtual de la Truth for Health Foundation que expone las violaciones de los derechos humanos en los hospitales estadounidenses, el Dr. Bryan Ardis explicó en detalle los peligros asociados con el remdesivir, un medicamento que se ha recetado ampliamente a los pacientes con Covid-19. **En combinación con la ventilación mecánica**, Ardis dijo que **el remdesivir es responsable de acelerar la muerte de "muchos estadounidenses [que ingresan en el hospital] en busca de tratamiento inocentemente"**.

En los pacientes ventilados, el número de muertos es asombroso. Un informe de la Biblioteca Nacional de Medicina de enero de 2021 de 69 estudios en los que participaron más de 57 000 pacientes concluyó que ***las tasas de mortalidad eran del 45% en los pacientes con Covid-19 que recibían ventilación mecánica invasiva, aumentando al 84% en los pacientes mayores***.

El abogado Thomas Renz, anunció en una conferencia de prensa de la Fundación Truth for Health que los datos de CMS mostraban que en los hospitales de Texas, ***el 84.9% de todos los pacientes murieron después de más de 96 horas con un ventilador***.

Luego están las muertes por restricciones sobre tratamientos efectivos para pacientes hospitalizados. Renz y un equipo de analistas de datos han estimado que ***más de 800 000 muertes en los hospitales de Estados Unidos, en Covid-19 y otros pacientes, han sido causadas por enfoques que restringen líquidos, nutrición, antibióticos, antivirales efectivos, antiinflamatorios y dosis terapéuticas de antiinflamatorios***.

Ardis, que forma parte del consejo asesor de la Fundación Truth for Health, se ha pronunciado constantemente en contra de los protocolos hospitalarios para pacientes positivos a Covid-19, que se siguen "al pie de la letra" en todo el país,

desde mayo de 2020, debido a preocupaciones sobre la **toxicidad del remdesivir**. El suegro de Ardis murió mientras tomaba un protocolo de remdesivir el año pasado.

Sobre la base de un juicio contra el Ébola, una rara y mortal enfermedad más frecuente en África, Fauci dijo que la droga era "segura y eficaz". Sin embargo, Ardis examinó los estudios que Fauci citó para concluir sobre la utilidad del remdesivir, y descubrió que "Fauci estaba mintiendo rotundamente al público estadounidense y todavía le están mintiendo".

A la mitad del ensayo contra el ébola, **el remdesivir se eliminó del estudio porque producía una tasa de mortalidad de más del 50% entre el grupo del ensayo**. "Se demostró que Remdesivir a la mitad de ese estudio era el menos efectivo y tenía los totales de muerte más altos de todas las [personas] tratadas" en términos de porcentaje, anotó Ardis.

Un segundo estudio que involucró remdesivir, esta vez del fabricante del medicamento Gilead Sciences, fracasó antes de completarse, y **numerosos sujetos de prueba fueron retirados del medicamento debido a eventos adversos peligrosos**.

"**Para todos los pacientes hospitalizados en tratamiento con Covid-19, no es la infección lo que mata, es el protocolo de tratamiento", debido a la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia hepática y la insuficiencia orgánica múltiple, que son efectos secundarios conocidos del remdesivir. Todos, se han encontrado en más del 30% de todas las personas que tienen Covid-19 y a las que les da remdesivir**". Según otra fuente, en el caso del remdesivir, los estudios muestran que entre el **71 y el 75% de los pacientes sufren un efecto adverso y, a menudo, el fármaco debe suspenderse después de cinco a diez días debido a estos efectos, como daño renal y hepático y la muerte**.

Ardis explicó el proceso mediante el cual la introducción de remdesivir en los cuerpos de los pacientes con Covid comenzará a ralentizar su recuperación y, en su opinión, agravará su condición e incluso acelerará su muerte.

"Primero, vas a tener esta incapacidad para respirar", dijo. "Entonces te van a poner inmediatamente remdesivir. Se ha comprobado que remdesivir apaga los riñones y causa insuficiencia renal aguda en los días tres, cuatro y cinco de tratamiento. Cuando apagas los riñones y bombeas agua salada a las venas de un paciente, vas a retener agua".

"La función de su riñón es excretar la mayor parte del agua de su cuerpo en forma de orina. Cuando apagas los riñones de estos pacientes, en realidad haces que su cuerpo retenga agua. Se inunda alrededor del saco tendinoso en el que se encuentra el corazón. Luego inunda sus pulmones y conduce a lo que se llama edema pulmonar".

“No solo están muriendo de una tormenta de citocinas [respuesta inmune excesiva] de la infección por Covid-19, ahora están exacerbando su capacidad para respirar y acelerando su muerte al apagar sus riñones e inundar sus pulmones con agua (llamada edema), lo que requiere que los desahogue".

Ardis señaló que antes de tratar a los pacientes, muchos médicos y hospitales han estado enviando a los pacientes con el nuevo coronavirus a casa sin ningún tratamiento o consejo médico, pidiéndoles que simplemente esperen hasta que sus síntomas se desarrollen y se deterioren.

“Es absurdo para muchos de nosotros que, desde el comienzo de esta pandemia, le sugirieran 'quedarse en casa' a alguien hasta que se sienta realmente enfermo y no pueda respirar, y luego ir al hospital. Nunca antes en la medicina ha habido una condición en la que espere hasta que estén realmente enfermos para comenzar a tratarlos, solo para bombearlos con un medicamento [que] nunca fue aprobado por la FDA antes de la pandemia".

Aunque remdesivir ha recibido la autorización de la FDA, Ardis sostiene que "este protocolo es peligroso".

Ali Schultz es un abogado del consejo asesor legal de la Fundación que trabaja con el equipo médico en las trincheras donde se ocupan de los abusos hospitalarios mientras ayudan a los familiares que están desesperados por sacar a sus seres queridos del hospital para salvar sus vidas.

Schultz vio la tiranía médica de primera mano cuando su suegra y su suegro enfrentaron una fuerte oposición de sus respectivos hospitales con respecto a cómo tratar su enfermedad con Covid-19. Al final, la suegra de Schultz perdió esa batalla y murió el 17 de septiembre. El personal la había descuidado cuando no aceptó el **remdesivir, un protocolo peligroso que se ha asociado con altos niveles de insuficiencia hepática y renal**.

Schultz explicó que ella era un poder médico para sus dos suegros enfermos y que ambos habían notificado al hospital en una directiva anticipada que no querían recibir remdesivir o ser forzados a recibir ventilación mecánica.

Aunque ambos suegros fueron admitidos en diferentes hospitales, “tenían exactamente el mismo protocolo y como se negaron a remdesivir sentí que nos acababan de castigar”.

"Y la razón por la que rechazan el remdesivir, y estoy de acuerdo con ellos, es porque se sabe que **causa toxicidad e insuficiencia renal, lo que en última instancia conduce a una mayor congestión pulmonar**", dijo Schultz. "Obviamente no soy médico, pero hemos investigado mucho sobre esto porque es necesario que lo hagas cuando defiendes tu propia salud".

Después de completar su investigación sobre los efectos del remdesivir, la familia fue "inflexible en rechazarlo, y después de eso, sentí que estábamos totalmente castigados".

Mientras Chuck estaba siendo tratado por la Clínica Mayo en Scottsdale, Arizona, antes de su liberación, Schultz dijo que las enfermeras no estaban implementando ningún tipo de plan para que se estabilizara lo suficiente como para ser transferido de la unidad de cuidados intensivos. "**Simplemente no tenían ningún plan para tratarlo sin oxígeno** y ningún plan para llevarlo a casa", dijo Schultz. La coerción para que los pacientes usen remdesivir es tan fuerte que Schultz sugirió que Mayo no tiene un protocolo "para que los que no cumplen" dejen sus unidades de cuidados críticos en buen estado de salud.

Incluso con un poder notarial médico, Schultz compartió que no pudo verificar los tratamientos vitales básicos como la hidratación y la nutrición. La abogada escribió cartas y correos electrónicos defendiendo a sus dos suegros y posteriormente se encontró con un fuerte rechazo, se le negó el acceso a sus registros médicos e incluso a los propios pacientes, en un momento la esposaron y se la llevaron. "Me privaron del acceso a ellos y me mintieron", dijo.

Más tarde, Schultz descubrió que el hospital le había negado comida y agua a Chuck durante seis días consecutivos, excepto por una bolsa de agua azucarada.

El abogado explicó que los hospitales tienen un "incentivo financiero perverso" para seguir usando el protocolo remdesivir implementado inicialmente por el Dr. Anthony Fauci, el principal asesor médico del presidente.

"Desde una perspectiva legal", agregó Schultz, "no tienen responsabilidad alguna por los pacientes con Covid, siempre y cuando estén haciendo eso [el protocolo de Fauci]. Piensan que son totalmente inmunes a excepción de una mala conducta intencional de la que, por supuesto, serían responsables".

Una grabación de audio tomada por Schultz en una conversación con un administrador de Mayo Clinic reveló que el hospital sabía que estaban privando a Chuck de nutrición y afirmó que "cuando alguien ingresa con tantos problemas respiratorios", eso "es exactamente lo que hacen".

Impactantes cintas de audio demuestran que los hospitales están maltratando activamente a los pacientes enfermos de Covid. Escuche las grabaciones de audio de médicos y administradores de hospitales que niegan visitas a pacientes con Covid, ivermectina recetada por médicos e incluso nutrición e hidratación.

Es de destacar un artículo escrito por la Dra. Elizabeth Lee Vliet de la Asociación de Médicos y Cirujanos Estadounidenses. Aunque se redactó en referencia a Estados Unidos, nos muestra una realidad mundial:

Se ha producido y está produciendo, una desviación impactante de las políticas hospitalarias tradicionales, una admisión hospitalaria se ha convertido en un ingreso en prisión. Los presos en las cárceles de Estados Unidos tienen más derechos de visita que los pacientes de Covid en los hospitales de Estados Unidos.

Un miembro de la familia, un psicólogo profesional con un enfoque profesional en el tratamiento de víctimas de trauma, dijo que en muchos hospitales los pacientes con Covid son tratados "un poco mejor que los animales".

El protocolo Covid que deben seguir los médicos hospitalarios, en sincronía en todo Estados Unidos, parece ser la implementación del "Sistema de Vidas Completo" 2009-2010 desarrollado por el Dr. Ezekiel Emanuel para racionar la atención médica para personas mayores de 50 años.

El Dr. "Zeke" Emanuel, quien fue Asesor Principal de Políticas de Salud de la Casa Blanca del presidente Obama y ha estado asesorando al presidente Joe Biden sobre el Covid-19, declaró en su clásico artículo de Lancet de 2009:

"**Cuando se implementa, el sistema de vidas completas produce una curva de prioridad en la que las personas de entre 15 y 40 años aproximadamente tienen la oportunidad más sustancial, mientras que las personas más jóvenes y mayores tienen oportunidades que se atenúan**".

"Atenuado" significa atención médica racionada, restringida o denegada que comúnmente conduce a una muerte prematura.

En 2021, médicos, enfermeras, abogados, defensores de pacientes y periodistas denunciantes han expuesto abusos hospitalarios atroces, negligencia de pacientes, negación de líquidos intravenosos vitales y medicamentos básicos a pacientes de Covid hospitalizados en todo Estados Unidos.

El Protocolo de Vidas Completas aparentemente deriva del "Liverpool Pathway" del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido de los años noventa, que de hecho constituía la eutanasia.

El racionamiento **basado en la edad ocurre todos los días en las unidades Covid de nuestros hospitales, ya que la abrumadora mayoría de los pacientes Covid tienen más de 50 años, edad en la que Emanuel afirma que una vida es "completa" y no vale la pena el uso de recursos médicos**.

"Complete Lives System" y el "Protocolo Covid" son vías que conducen al sufrimiento y la muerte prematura, principalmente de los estadounidenses mayores. Logran el objetivo del gobierno de reducir los costos de Medicare.

Al mismo tiempo, los hospitales ganan millones adicionales con pagos de incentivos adicionales para los pacientes de Covid durante su torturado camino hacia la muerte, mientras están restringidos química y físicamente y aislados de familias, pastores, sacerdotes y rabinos.

La desgarradora historia de Veronica Wolski, una conocida defensora de la libertad de Chicago, fue ampliamente publicitada.

Una vez hospitalizada en el irónicamente llamado Resurrection Hospital, a Veronica se le dio remdesivir, que había rechazado repetidamente, se le negó la

atención médica básica adecuada que podría haberle salvado la vida y no se le permitió el acceso a su familia, sacerdote o poder notarial para la atención médica.

El hospital impidió que Verónica saliera del hospital cuando ella y sus abogados exigieron su liberación. Su poder notarial para la atención médica fue retirado por la seguridad del hospital.

Verónica murió sola como prisionera médica en un hospital católico negado incluso a un sacerdote al final de su vida.

Diariamente ocurren en los Estados Unidos violaciones inconcebibles de los derechos humanos en los hospitales, incluidas incluso las violaciones de los códigos de la Convención de Ginebra establecidos después de la Segunda Guerra Mundial para prevenir los abusos de los prisioneros.

Los pacientes son obligados a tomar medicamentos aprobados rápidamente como remdesivir, a pesar de los riesgos conocidos de insuficiencia renal y hepática, y a ser colocados en ventiladores, los cuales generan pagos de incentivos y generan enormes ganancias para los hospitales. A los pacientes se les niegan los líquidos y la nutrición adecuados, así como las vitaminas, los corticosteroides inhalados e intravenosos, los antibióticos, los antivirales y las dosis adecuadas de "diluyentes de la sangre" (anticoagulantes). Los pacientes sufren un aislamiento inhumano con el uso de restricciones físicas y químicas, en violación de las pautas existentes para la protección del paciente. Los hospitales están utilizando la aplicación de la ley para negar el acceso a los terrenos del hospital a familiares y defensores.

A los pacientes y sus defensores se les ha negado información sobre los beneficios de los tratamientos tempranos y se les ha negado el acceso a dicho tratamiento. Las autopsias han confirmado que muchos pacientes murieron debido a dosis inadecuadas de anticoagulación estándar, incluso después de que los familiares acudieron a los tribunales para exigir dosis terapéuticas para ayudar a salvar vidas.

Algunos médicos y enfermeras arriesgan sus carreras, sus licencias, sus medios de subsistencia e incluso sus vidas al hablar con valentía para informar a sus pacientes y al público con información que les salve vidas. Un médico de la UCI publicó esto en las redes sociales recientemente:

"Acabo de terminar un tramo de 10 noches en la UCI. Los ataques a los pacientes y la mezquindad descarada han adquirido un nivel completamente nuevo entre nuestros colegas de atención médica. ¿Cómo NO vamos a descender en espiral hacia la desesperación cuando este comportamiento está permitido y se está normalizando? ... Siento que me han lanzado a una secuela de Mean Girls. Burlarse de los pacientes y las familias por no ser V'd es lo mejor ahora. … No me importa cuidar a los pacientes con Covid. Pero esta vibra de odio que ha impregnado mi mundo es lo que va a poner fin a mi carrera si no termina".

Un enfermero pulmonar de 31 años testificó ante la Legislatura del Estado de Carolina del Sur sobre las "opciones terapéuticas" para el supuesto Covid-19. Durante su testimonio, explicó que comenzó a darse cuenta de que los protocolos que estaba siguiendo mataban a sus pacientes y no los ayudaban.

Albert Spence dio su testimonio recientemente sobre su trabajo con pacientes que habían sido etiquetados como portadores de Covid simplemente "haciendo lo que me dijeron".

Spence dijo que en todos sus años de enfermería, lo que le dijeron que hiciera iba en contra de la mayor parte de cómo había sido entrenado, pero era el sistema médico el que quería que los tratara de esa manera. Sin embargo, una vez que comenzó a ver morir a sus pacientes, y que los CDC cambiaron de manera fraudulenta las pruebas de PCR de manera dramática para cubrir los eventos adversos de las "vacunas", lo asustó y tuvo que hablar.

Bienvenido al nuevo y valiente mundo de la atención médica dirigida por el gobierno llevada a cabo por ejecutivos hospitalarios obedientes y centrados en las ganancias, ansiosos por recibir los pagos de incentivos del gobierno por seguir el "Protocolo Covid".

La combinación que permite esta trágica y evitable pérdida de cientos de miles de vidas incluye: (1) La Ley CARES, que proporciona a los hospitales pagos de incentivos adicionales para todo lo relacionado con Covid-19 (pruebas, diagnóstico, ingreso en el hospital, uso de remdesivir y ventiladores, que informan muertes por Covid-19 y "vacunas") y (2) exenciones de los derechos habituales y de larga data del paciente por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

La creación de una "Emergencia Nacional por Pandemia" proporcionó la justificación para acciones tan radicales que anulan la toma de decisiones médicas de cada médico y los derechos de los pacientes.

La Ley CARES ofrece incentivos para que los hospitales utilicen tratamientos dictados únicamente por el gobierno federal bajo los auspicios de los NIH. Estas "recompensas" deben devolverse si no se "ganan" haciendo el diagnóstico de Covid-19 y siguiendo el protocolo Covid-19.

Los pagos a los hospitales incluyen:

- Una prueba de PCR obligatoria "gratuita" en la sala de emergencias o al momento de la admisión para cada paciente, con una tarifa del hospital pagada por el gobierno.
- Pago de bonificación agregado por cada diagnóstico positivo de Covid-19.
- Otro bono por una admisión por Covid-19 en el hospital.

- Un pago de bonificación de "aumento" del 20% de Medicare en toda la factura del hospital por el uso de remdesivir en lugar de medicamentos como la ivermectina.
- Otro pago de bonificación más grande para el hospital si un paciente con Covid-19 recibe ventilación mecánica.
- Más dinero para el hospital si la causa de la muerte aparece como Covid-19, incluso si el paciente no murió directamente de Covid-19.
- Un diagnóstico de Covid-19 también proporciona pagos adicionales a los médicos forenses.

CMS implementó **programas de pago "basados en el valor" que rastrean datos como cuántos trabajadores en un centro de atención médica reciben una "vacuna" Covid-19**. Ahora vemos por qué muchos hospitales implementaron los mandatos de la "vacuna" Covid-19. Se les paga más.

Fuera de los hospitales, las métricas de calidad de MIPS de los médicos vinculan los ingresos de los médicos con el pago basado en el **desempeño para tratar a los pacientes con medicamentos Covid-19 EUA**. No proporcionar información a CMS puede costarle al médico el 4% del reembolso.

Debido a la confusión con la codificación médica y la jerga legal, es difícil estar seguros de la cantidad real que recibe cada hospital por paciente de Covid-19. Pero el abogado Thomas Renz y los denunciantes de CMS han calculado **un pago total de al menos $ 100 000 por paciente**.

Investigadores han descubierto lo que se cree que es la primera mutación de Covid-19 resistente al medicamento antiviral Remdesivir fuera del laboratorio, según un nuevo estudio previo a la impresión.

En una investigación publicada **antes de la revisión por pares**, los científicos de Yale y la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington dijeron que encontraron la mutación en una mujer de 70 años, que estaba gravemente inmunodeprimida en el momento en que recibió Remdesivir debido a tratamientos contra el cáncer.

Aunque tales mutaciones se han producido in vitro durante estudios de laboratorio, "no se han informado" anteriormente en un entorno de la vida real, dijeron los investigadores, y señalaron que el hallazgo "se limita a un solo caso" y requiere una mayor confirmación, pero no obstante "**sugiere que remdesivir puede impartir presión selectiva" e impulsar la evolución del virus en las células infectadas**".

El fármaco antiviral alivió inicialmente los síntomas del paciente, de acuerdo con otros informes de casos de Remdesivir administrados a personas con sistemas inmunitarios comprometidos, sin embargo, **gradualmente perdió efectividad**. **La carga viral de la paciente pronto se disparó nuevamente, tanto**

durante como después del período de tratamiento, y continuó experimentando síntomas de Covid-19.

Para determinar qué sucedió, los investigadores tomaron una muestra viral del paciente y secuenciaron su supuesto genoma, encontrando lo que el inmunobiólogo de Yale Akiko Iwasaki llamó una mutación "intrigante" que parecía conferir resistencia al fármaco. Debido a que la muestra original exhibía una serie de otros cambios genéticos no relacionados, los científicos luego sintetizaron la supuesta mutación resistente a remdesivir de forma aislada y, supuestamente, confirmaron que de hecho puede obstaculizar el tratamiento.

La paciente anciana finalmente pudo eliminar el virus y recuperar su sentido del olfato después de que se le administró la terapia con anticuerpos monoclonales, que produjo una "respuesta virológica rápida y sostenida". Después de cinco meses, no mostró un resurgimiento de la infección, según el estudio, y agregó que "este caso ilustra la importancia de monitorear la resistencia a remdesivir y el beneficio potencial de las terapias combinatorias".

Remdesivir, ha sido objeto de controversia, en gran parte gracias al expresidente Donald Trump, quien promocionó el antiviral después de recibirlo durante su propia infección por Covid-19. Si bien varios científicos, han reconocido la efectividad del medicamento en ciertos estudios de casos, **la Organización Mundial de la Salud emitió una "guía viva" desalentando su uso en noviembre pasado, citando un ensayo que encontró que para los destinatarios no aumentaba la probabilidad de sobrevivir a su infección con respecto a aquellos que no lo tomaron**.

El Dr. Vinh-Kim Nguyen describió los "protocolos que conducen a la muerte" durante su tiempo de trabajo en centros residenciales y de cuidados de larga duración.

Un artículo de Clara Descurninges para The Canadian Press informó sobre el testimonio del Dr. Vinh-Kim Nguyen, que trabajó en la sala de urgencias del Hospital General Judío durante la primera oleada de la pandemia de Covid-19.

El Dr. Nguyen, que anteriormente había gestionado la pandemia de ébola para Médicos sin Fronteras, declaró en la investigación que los pacientes que llegaban de los Centros Residenciales y de Cuidados a Largo Plazo (CHSLD) con casos graves de Covid-19 estaban, según él, "sorprendentemente bien después de uno o dos días de infusiones u oxígeno". "Al hidratar a estos pacientes, se recuperaron muy fácilmente".

El Dr. Nguyen fue enviado a los CHSLD para trabajar con sus pacientes de Covid-19. El Dr. Nguyen declaró que se encontró en una situación muy diferente.

Al querer trasladar a los pacientes al hospital, descubrió rápidamente "los numerosos obstáculos" que se le pusieron, mientras que las directrices de salud pública recomendaban mantener a los residentes allí.

Para los pacientes atrapados en los CHSLD, las únicas medidas disponibles eran a menudo protocolos de dificultad respiratoria al final de la vida, o fuertes cócteles de medicamentos utilizados para reducir el sufrimiento, declaró. "Son protocolos que conducen a la muerte. De hecho, era una eutanasia", insistió.

"Lo que realmente me traumatizó fue que vi a pacientes que no tenían que ir allí, podían haber sido tratados".

Duscurninges también informó sobre el testimonio del Dr. Réjean Hébert, quien dijo en la investigación que el 10% de los pacientes de los CHSLDs murieron de Covid-19 durante este período. El Dr. Hébert, especialista en gerontología y profesor de evaluación de políticas sanitarias en la Universidad de Montreal, testificó que estas muertes representaban una "masacre" por "edad sistemática".

El Dr. Hébert se refirió a la gestión de la sanidad en Québec como "monstruos administrativos" en referencia a lo que denominó los seis niveles jerárquicos de gestión.

La investigación de Québec se estableció para investigar por qué del 25 de febrero al 11 de julio de 2020, los quebequenses de 70 años o más representaron el 92% de las muertes por Covid-19.

"He escrito varios artículos sobre las muertes por Covid-19. Creo que, con distintos grados, el mismo abuso, negligencia y eutanasia que se produjo en las muertes por Covid-19 en Quebec también se produjo en otras jurisdicciones. La única diferencia es que Québec ha establecido una investigación sobre estas muertes relacionadas con Covid-19".

Veamos lo que nos cuenta la Dra. Mª José Martínez Albarracín a este respecto en un reciente artículo:

"El verdadero calvario de los diagnosticados Covid empieza con el ingreso hospitalario. Me consta por información directa de muchos familiares de enfermos, así como por los informes clínicos de pacientes Covid que obran en mi poder (tras el alta hospitalaria por exitus o por recuperación) que en cuanto una placa Rx es significativa de neumonía con test PCR positivo, aunque el paciente esté clínicamente estable, respire con normalidad y pueda hacer vida prácticamente normal, es ingresado en un hospital y en un par de días trasladado a UCI. Ya durante el primer ingreso se le aplica ventilación asistida mediante Bipap, para lo cual se le seda de forma salvaje administrándole fentanilo por vía intravenosa además de sedantes orales benzodiacepínicos (loracepam, midazolam…). El fentanilo es un narcótico sintético más fuerte que la morfina y produce una marcada depresión del centro respiratorio, por lo que, el posible beneficio de la oxigenoterapia por ventilación asistida puede ser completamente neutralizado y el motivo por el que se aplica esta sedación es para que "acepte mejor" la máscara, algo completamente injustificado".

"Es muy importante remarcar que la anoxia del enfermo Covid es principalmente metabólica (como lo demuestra la marcada elevación del enzima LDH) y no tanto

respiratoria, por lo que es imprescindible valorar el modo en que se administra el oxígeno al paciente y por esta misma razón las terapias oxidativas, especialmente la autohemoozonoterapia, son mucho más eficientes y deberían ser el tratamiento de elección en casos graves. Hay bibliografía científica que lo justifica, precisamente en el tratamiento de Covid, por mucho que la complicidad con farmaindustria tache la ozonoterapia de pseudoterapia".

"Por otra parte la ventilación mecánica no invasiva tipo bipap, no está exenta de complicaciones entre las que destacan daños por aplicación de una presión inadecuada (atelectasias e incluso neumotórax), sequedad de mucosas y acúmulo de secreciones que pueden favorecer una infección bacteriana que complique la neumonía. Además de úlceras cutáneas, si la máscara se mantiene demasiado tiempo en la misma posición, por lo que es preciso valorar adecuadamente el riesgo/beneficio de su aplicación en una neumonía basal y leve en la que no existe un claro compromiso respiratorio".

"Además del cóctel de sedantes, al ingresado por Covid se le priva de alimento, al menos inicialmente y se le "secuestra" aislándolo de sus familiares, especialmente si no están inoculados con la terapia génica experimental, con lo que se incapacita al paciente para tomar decisiones sobre la evolución de su propio tratamiento, no siendo capaces, en muchos casos, ni siquiera de telefonear a sus familiares. Estos familiares se encuentran que, de la noche a la mañana y sin que nadie les haya informado ni pedido autorización mediante el preceptivo consentimiento informado, a su familiar se le ha practicado una traqueostomía con intubación para aplicación de ventilación mecánica mediante respirador. Procedimiento invasivo que no suele mejorar en nada la evolución del cuadro y que, en muchas ocasiones precipita una complicación por bacterias resistentes produciéndose una infección nosocomial que puede terminar en el fallecimiento del paciente o, en el mejor de los casos alargar durante mucho tiempo la estancia en UCI y la administración de antibióticos en dosis muy altas. Algunos informes de denunciantes estiman que el porcentaje de fallecimientos tras la intubación está en torno al 85%".

"Evidentemente la intubación requiere aumentar aún más la sedación y administrar alimentación enteral que frecuentemente produce estreñimiento. También se producen hemorragias traqueales por el procedimiento quirúrgico que deben ser cuidadosamente aspiradas, de lo contrario, se forma un trombo que tapona la vía traqueobronquial, de difícil extracción, como es el caso de uno de los informes clínicos que obra en mi poder y que precipitó la muerte de la persona en cuestión".

Cuando el enfermo se encuentra en la UCI, es frecuente que se le administren fármacos inmunodepresores como corticoides y antivirales. Los primeros, debido a su elevada eficacia antiinflamatoria pueden estar indicados según su evolución, pero los segundos (kaletra, remdesivir, tocilizumab) no solo no aportan ningún beneficio sino que favorecen la evolución hacia infecciones hospitalarias y en no pocas ocasiones el enfermo refiere que la administración de alguno de ellos (especialmente tocilizumab que está solamente autorizado para uso de

emergencia) supuso un antes y un después en el empeoramiento de su evolución clínica".

En varias ocasiones se ha explicado por qué las supuestas respuestas inmunes generadas por las inyecciones antiCovid-19 están actuando como una presión selectiva que permite que tengan una ventaja las supuestas variantes (generadas por las mutaciones que sufre el virus cada vez que se copia) que pueden evadir los receptores de linfocitos (anticuerpos y receptores de linfocitos T). Como los "vacunados" que no tuvieron exposición previa al virus solamente generan respuestas contra la proteína Spike (y, además, específicamente a la versión de la proteína Spike que ya no circula en la población humana), entonces las variantes de SARS-CoV-2 que tengan mutaciones en Spike van a poder evadir la inmunidad de los "vacunados" más fácilmente; ergo, las inyecciones están permitiendo que circulen las variantes con una ventaja para la evasión inmune. No es que las respuestas inmunes generadas por la infección no sean una presión selectiva para el virus, pero dado que se generan respuestas inmunes contra muchas distintas partes del virus (no solamente contra Spike), es mucho más difícil que aparezcan variantes que tengan mutaciones en todas estas proteínas al mismo tiempo.

Por eso, el decir que un no "vacunado" es la causa de la aparición de más variantes denota ignorancia en materia de evolución básica.

El estudio reporta que el SARS-CoV-2 puede desarrollar resistencia al Remdesivir. ¿Cómo?, el Remdesivir es un agente antiviral que actúa al incorporar nucleósidos sintéticos (los nucleósidos son los precursores de los "ladrillos" con los que se forma el genoma) en la cadena de material genético del virus cuando se copia. En otras palabras, es funcionalmente análogo a un antibiótico bacteriostático; ambos, el Remdesivir y un antibiótico bacteriostático (como una tetraciclina), tienen como objetivo detener la generación de nuevos microorganismos (virus y bacterias, respectivamente). Por lo tanto, ambos tipos de fármacos ejercen una presión selectiva que da ventaja a las variantes que se generan y que tengan mutaciones que les permiten evadir al fármaco.

Pudieron determinar que esta resistencia se debió a mutaciones en la proteína nsp12-RdRp (la enzima que copia al virus). También se vio que estas mutaciones serían funcionales entre los betacoronavirus. (Esto tiene implicaciones para la generación de resistencia del uso de Remdesivir para otros virus de este género viral). Los autores del estudio consideran que sus resultados son de mucha importancia para considerar la generación de resistencia a los virus en la práctica médica.

Resulta muy interesante el que se sorprendan de que se genera resistencia. Esto lo puede predecir cualquier estudiante medianamente capaz, de la asignatura de Evolución. También resulta interesante que los autores vean esto como algo de preocupación en el contexto de Covid-19, dado que en realidad el Remdesivir no ha sido nada exitoso en tratar las supuestas infecciones por SARS-CoV-2. En ese sentido, no sirve de casi nada, es altamente tóxico y, encima, ayuda a la selección de variantes que tengan mutaciones resistentes al Remdesivir, y que no

sabemos cómo (estas mutaciones) afectarán en cuanto a su infección en el humano. Existen muchas opciones de tratamientos médicos que no son anti-virales sino que ayudan a que el sistema inmune haga su trabajo de forma regulada en lo que nosotros mismos eliminamos el virus.

Lamentablemente, la FDA ya autorizó el uso de este producto en niños de alto riesgo desde sus 28 días de edad. A pesar de lo tóxico del producto, a pesar de su prácticamente nulo efecto benéfico en la supervivencia, y a pesar de que se sabe que SARS-CoV-2 puede generar resistencia en contra de él, se ha autorizado administrarlo a los más pequeños.

¿Qué están haciendo los pediatras? ¿Acaso han leído (y comprendido) los mecanismos de acción del producto, su toxicidad, sus perfiles de seguridad, su (falta de) efectividad? ¿Qué están permitiendo que se haga, por acción o por omisión, a su nombre?

Inmunidad

Una persona puede quedar inmune a una enfermedad específica de diversas maneras; para algunas enfermedades, como el sarampión y la varicela, tener la enfermedad, por lo general, conduce a una inmunidad de por vida; la vacunación es otra manera de quedar inmune a una enfermedad. Estas dos formas de inmunización, por enfermedad o vacunación, son ejemplos de inmunidad activa, que surge cuando el sistema inmunológico de una persona funciona para producir anticuerpos y activar otras células inmunológicas para ciertos patógenos. Si la persona se encuentra nuevamente con ese patógeno, las células inmunológicas a largo plazo específicas estarán preparadas para combatirlo.

Un tipo de inmunidad diferente, llamada inmunidad pasiva, surge cuando una persona recibe los anticuerpos de alguien más; cuando estos se introducen en el cuerpo de la persona, los anticuerpos “prestados” ayudan a prevenir o combatir ciertas enfermedades infecciosas. La protección que ofrece la inmunidad pasiva es a corto plazo, y por lo general dura unas cuantas semanas o meses, pero brinda protección de inmediato.

Diferencia entre anticuerpos y linfocitos

La explica perfectamente el Dr. Bhakdi:

“Hay dos armas principales de defensa contra la infección viral. Uno son los anticuerpos que, si están presentes, pueden evitar que el virus ingrese a sus células. Estos se conocen como anticuerpos neutralizantes, que son los que se supone que produce la ‘vacuna’.

Pero los anticuerpos no están en el lugar en el que deberían, que es la superficie del epitelio de las vías respiratorias en donde se aloja el virus, sino que están en la sangre. Cuando sucede esto, se activa su segunda defensa inmunológica, los linfocitos.

Hay diferentes tipos de linfocitos y simplificaré las cosas al decir que los linfocitos importantes se conocen como linfocitos asesinos, los cuales detectan cuando se crea un producto viral en la célula. Luego destruirán a las células que albergan el virus, por lo tanto, ya no se podrán reproducir, así que se podrá recuperar.

Ese es el mecanismo por el que podemos sobrevivir a las infecciones virales de pulmón y es algo que sucede todo el tiempo. Entonces, los linfocitos, a diferencia de los anticuerpos, reconocen muchas partes de las proteínas. Así que, si un virus cambia un poco, no importa, porque los linfocitos asesinos son capaces de reconocer los productos de desecho que son muy similares.

Y ahora se sabe que todos tenemos linfocitos de memoria en nuestros ganglios linfáticos y en nuestros órganos linfoides que están entrenados para reconocer estos coronavirus. Si hay una mutación o no, en realidad no importa, porque son capaces de reconocer una mutación o variante".

Según Bhakdi, los coronavirus solo pueden sufrir mutaciones puntuales, lo que significa que solo se puede cambiar un nucleótido a la vez. Pero el virus de la influenza puede sufrir mutaciones más radicales. Por ejemplo, un virus de la gripe puede cambiar por completo su proteína Spike al intercambiarla con otro virus que esté presente al mismo tiempo.

Pero esto no es posible con los coronavirus. Por lo tanto, nunca tendrá cambios antigénicos ni para los anticuerpos ni para los linfocitos asesinos de células T. Es por eso que, a lo largo de su vida, los humanos desarrollan una inmunidad sólida y duradera.

"Los linfocitos T4 o CD4 -que son los reguladores de la respuesta inmune adaptativa- están en intima conexión reguladora con el sistema neuroendocrino. T. R. Mosmann y R. L. Coffman describieron el perfil citoquímico reversible de los linfocitos CD4 y demostraron que en estas células podían diferenciarse dos grupos diferentes denominados células Th1 y Th2.

Las Th1 segregan principalmente IL-2, IL-12 e IFN gamma, que estimulan las reacciones celulares. Y las Th-2 producen preferentemente IL-4, IL-6 e IL-10 que estimulan las reacciones inmunocelulares humorales. **Sabemos que las "vacunas" inducen principalmente la producción de anticuerpos y, por tanto, inmunidad humoral** con lo que favorecen el clivaje del sistema hacia una hipotética defensa antitóxica (característica del perl Th2) dificultando que se realicen las imprescindibles tareas de limpieza y regeneración celular propias del perl Th1 ya que la misión del sistema inmunitario es preservar la individualidad del organismo, determinada genéticamente. Este clivaje mantenido del sistema hacia **la inmunidad humoral es en realidad una inmunodeficiencia y favorece, por ejemplo, el desarrollo de tumores"**.

Los mandatos de la "vacuna" antiCovid-19 plantean preguntas evidentes, y una gira en torno a la inmunidad natural. Su sistema inmunológico está diseñado para funcionar en respuesta a la exposición a un agente infeccioso. Su sistema

inmunológico adaptativo genera anticuerpos que se utilizan para combatir los patógenos que su cuerpo encontró antes.

Si ya tuvo Covid-19, la investigación confirma que ya está protegido contra la reinfección. Los nuevos datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos demuestran que la infección previa por Covid-19, es decir, la inmunidad natural, es más protectora que las "vacunas" antiCovid-19.

Sin embargo, discriminan a las personas con inmunidad natural contra la Covid y además esperan que reciban dos o tres o cuatro dosis para cumplir con los mandatos de "vacunación", un hecho inaudito en la historia.

Pruebas científicas e informes

Empecemos por hablar de lo que Pfizer encontró realmente en sus ensayos a este respecto:

El 1 de abril de 2022, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) publicó otro lote de 11 000 documentos de Pfizer. Los datos del ensayo de Pfizer revelan que ***la inmunidad natural fue tan efectiva como la inyección, y que los efectos secundarios de la inyección fueron más graves en los menores de 55 años***. El riesgo de efectos secundarios también aumentó con dosis adicionales, por lo que ***el riesgo fue mayor después de la segunda dosis que la primera***.

Los datos del ensayo clínico mostraron ***que no hubo diferencia en los resultados entre aquellos con infección previa por Covid y aquellos que recibieron la "vacuna"***. Ninguno de los grupos experimentó una infección grave. ***La inmunidad natural también fue estadísticamente idéntica a la inyección en términos de riesgo de infección***.

Ahora veamos lo que nos dicen la ciencia y distintos informes:

Un análisis de millones de resultados de pruebas de coronavirus en Dinamarca, descubrió que ***las personas que tenían una infección previa seguían estando protegidas 6 meses después de la infección inicial***. Otros dos estudios (1) (2), también encontraron que los individuos que se recuperaron del coronavirus desarrollaron niveles "robustos" de células B y células T (necesarias para combatir el virus) y "estas células pueden persistir en el cuerpo por un tiempo muy, muy largo." Las células plasmáticas de médula ósea de larga vida (BMPC) son una fuente persistente y esencial de anticuerpos protectores. Las personas convalecientes de Covid, tienen un riesgo significativamente menor de reinfección, la protección puede durar toda la vida". El ensayo clínico de la "vacuna" Johnson & SARS-CoV-2 constata que ***una persona no "vacunada" previamente infectada con SARS-CoV-2 tiene un 99.9% de posibilidades de estar protegida contra una infección repetida***.

Otro estudio, monitoreó a 43 044 personas con anticuerpos positivos contra el SARS-CoV-2 durante hasta 35 semanas, y ***solo el 0.7% se reinfectó***. Cuando se aplicó la secuenciación del genoma para estimar el riesgo de reinfección a nivel de población, el riesgo se estimó en 0.1%. Una vez más, no hubo indicios de disminución de la inmunidad durante siete meses de seguimiento, y los investigadores concluyeron que la reinfección es rara. ***La infección natural parece*** provocar ***una fuerte protección contra la reinfección con una eficacia >90% durante al menos siete meses***".

En otro estudio, los investigadores analizaron estudios publicados en PubMed y descubrieron que ***el riesgo de reinfección con SARS-CoV-2 disminuyó entre un 80.5% y un 100% en las personas que tuvieron Covid-19***. Investigaciones adicionales citadas en su revisión descubrieron lo siguiente:

- Entre 9119 personas que tuvieron Covid-19, solo el 0.7 % se reinfectaron.
- En la Clínica Cleveland en Cleveland, Ohio, la tasa de incidencia de Covid-19 en las personas que no se habían infectado antes fue de 4.3 por cada 100 personas; mientras que la tasa de incidencia de Covid-19 en los que si se habían infectado era cero por cada 100 personas.
- La frecuencia de hospitalización debido a una infección repetida por Covid-19 fue de 5 por cada 14 840 personas, o 0.03%, según un estudio de Austria; la frecuencia de muerte por infección repetida fue de uno por cada 14 840 personas, o 0.01%.

Debido a estos hallazgos, los investigadores concluyeron que se debe documentar el estado de infección anterior y aconsejar a los pacientes recuperados sobre su riesgo de reinfección. Mencionaron:

"Sin embargo, debido a la evidencia de inmunidad de una infección anterior por SARS-CoV-2, los legisladores deben considerar la recuperación por SARS-CoV-2, igual a la teórica inmunidad (en este informe se demuestra que no existe tal inmunidad) que causa la 'vacuna' para fines relacionados con la entrada a eventos públicos, negocios, lugares de trabajo o como requisitos de viaje."

Un estudio publicado en marzo de 2021 sugiere que la mayoría de los adultos sanos de la Columbia Británica (Canadá) tienen inmunidad contra el Covid-19 a pesar de que algunos de ellos nunca se han infectado con él.

La Dra. Daniela Weiskopf, el Dr. Alessandro Sette y el Dr. Shane Crotty, del Instituto de Inmunología de La Jolla, analizaron las células inmunitarias y los anticuerpos de casi 200 personas que habían estado expuestas al SARS-CoV-2 y se habían recuperado. ***Los investigadores encontraron respuestas inmunitarias duraderas en la mayoría de las personas estudiadas. Los anticuerpos contra la proteína pico del SARS-CoV-2, que el virus utiliza para introducirse en las células, se encontraron en el 98% de los participantes un mes después de la aparición de los síntomas***. Como se ha visto en estudios anteriores, el número de anticuerpos variaba mucho entre los individuos. Pero, de forma prometedora, ***sus niveles se mantuvieron bastante***

estables en el tiempo, disminuyendo sólo modestamente a los 6 u 8 meses de la infección.

Las respuestas de anticuerpos dependen de las células T auxiliares especializadas que controlan la activación y selección del plasma productor de anticuerpos y células B de memoria. Las células T CD4 + y CD8 + también pueden contribuir directamente a la protección contra el SARS-CoV.

Las células B específicas del virus aumentaron con el tiempo. Las personas tenían más células B de memoria seis meses después del inicio de los síntomas que un mes después. Aunque el número de estas células parecía alcanzar una meseta después de unos meses, los niveles no disminuyeron durante el periodo estudiado.

Los niveles de células T para el virus también se mantuvieron altos tras la infección. Seis meses después del inicio de los síntomas, el 92% de los participantes tenía células T CD4+ que reconocían el virus. Estas células ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria. **Aproximadamente la mitad de los participantes tenían células T CD8+**, que eliminan las células infectadas por el virus.

Lo explica también un estudio, publicado en Clinical Microbiology and Infection:

"***La presencia de células T específicas de SARS-CoV-2 con reacción cruzada en pacientes nunca expuestos sugiere una inmunidad celular inducida por otros coronavirus***. También se detectaron respuestas de células T contra el SARS-CoV-2 en pacientes recuperados de Covid sin anticuerpos detectables… La inmunidad celular es de suma importancia para contener la infección por SARS-CoV-2… y podría mantenerse independientemente de las respuestas de anticuerpos. ***Las personas previamente infectadas desarrollan respuestas de células T mucho más fuertes contra los péptidos de la proteína de la espiga en comparación con las personas no infectadas después de la "vacuna" de ARNm."***

Según un estudio, es probable que ***muchas personas presenten células T reactivas al SARS-CoV-2 debido a la exposición previa a los virus de la gripe y el CMV***. ***Esto probablemente explica por qué Covid afecta principalmente a ancianos y pacientes con comorbilidades, y es "asintomático" o tiene síntomas leves para el resto de nosotros. Los seres humanos sanos no expuestos a Covid-19, muestran inmunidad preexistente de células T CD4 y CD8 al SARS-CoV-2***. Esta inmunidad cruzada posiblemente no sea demasiado sorprendente, ya que el resfriado común es causado por un coronavirus; ***la protección*** adquirida ***tras haber estado expuestos en el pasado a otros coronavirus puede ayudar a estar protegido contra la Covid-19***.

En muchos de los artículos se asume que la inmunidad de poblaciones e individuos es la misma. Sin embargo, la mayoría de las personas a estas alturas ya sabrán que el riesgo de enfermedad grave con el virus del SARS-CoV-2 es más

probable en los ancianos, los que tienen una respuesta inmunitaria débil y los que se encuentran en determinadas categorías de riesgo, como los que reciben terapia contra el cáncer o pacientes cardiacos. También hay una suposición subyacente en estos artículos de que no hay inmunidad sin vacunas. Esto simplemente es falso. En septiembre de 2020, se demostró que ***hasta el 50% de la población del Reino Unido mostraba diversas formas de inmunidad de células T al nuevo virus debido a la exposición a virus endémicos anteriores. Más recientemente se sugirió que esto podría llegar a ser hasta del 81%***. Además, un estudio reciente encontró que ***las respuestas inmunes rápidas y eficientes de tipo memoria, ocurren de manera*** confiable ***en prácticamente todas las personas no "vacunadas" que están expuestas al SARS-CoV-2, ya sean sintomáticas o no. Por lo tanto, el número de individuos naturalmente inmunes habrá aumentado a través de la exposición al virus a lo largo del tiempo, incluso en ausencia de enfermedad sintomática***.

Una vez que una persona se haya recuperado del SARS-CoV-2, habrá desarrollado inmunidad natural. Esta inmunidad cubre un amplio espectro de mecanismos defensivos. La mayoría de las personas conocen los anticuerpos y su importante papel en la neutralización de virus. **En el caso de la inmunidad natural, estos anticuerpos se generan contra todas las partes del virus y no solo la proteína de pico. Esto le da a las personas la capacidad de defenderse de muchas supuestas variaciones del SARS-CoV-2. Esto, junto con las herramientas adicionales (por ejemplo, inmunidad innata, de células T y de las mucosas) proporciona un arsenal completo de protección futura contra la infección por SARS-CoV-2 y virus estructuralmente relacionados** (1) (2). **Un** estudio **realizado en el Reino Unido por parte de la Oficina de Estadísticas Nacionales**, encontró que el ***riesgo de reinfección era bajo, con una tasa estimada de 3.1 por cada 100 000 participantes*** **que producían una prueba "fuerte positiva" (lo que significa que los resultados indicaron niveles significativos de carga viral en sus hisopos). Aquellos que fueron reinfectados también parecieron experimentar síntomas más leves que la primera vez que contrajeron la enfermedad. Las personas eran más propensas a reportar síntomas dentro de los 35 días posteriores a la primera prueba positiva observada en su episodio inicial que en su episodio de reinfección, lo que sugiere que** ***las reinfecciones tienen más probabilidades de ser asintomáticas. Los supervivientes de Covid-19 que se reinfectan pueden tener menos probabilidades de propagar la enfermedad*****.**

Investigadores de Irlanda llevaron a cabo una revisión sistemática que incluyó a 615 777 personas que se recuperaron del Covid-19, con una duración máxima de seguimiento de más de 10 meses. "La reinfección fue un evento poco común", anotaron, "y ningún estudio reportó un aumento en el riesgo de reinfección con el tiempo". ***La tasa absoluta de reinfección osciló entre 0% y 1.1%, mientras que la tasa promedio de reinfección fue de solo 0.27%***.

En otro estudio publicado en Lancet, se encontró que un historial previo de infección por SARS-CoV-2 se asocia con un ***84% menos de riesgo de***

infección, con efecto protector observado 7 meses después de la infección primaria. Este estudio ***muestra que una infección previa con SARS-CoV-2 induce inmunidad eficaz a futuras infecciones en la mayoría de las personas***.

En otro estudio **publicado en el sitio web de los CDC** (Centro para el Control de Enfermedades), el instituto estadounidense oficial para la vigilancia de enfermedades), se investigó un grupo epidémico de la variante Gamma de SARS-CoV-2 entre los 44 empleados de una mina de oro en la Guayana Francesa. A pesar de la presencia de personas con factores de riesgo (11 hipertensión, 4 diabetes, 4 obesidad) no se han observado formas graves de Covid-19. **Podemos extraer dos conclusiones muy importantes**:

- ***Las personas con una infección por Covid-19 de larga duración están 100% protegidas contra la variante Gamma; ¡mejor que los vacunados!***
- ***Las personas no "vacunadas" sin antecedentes de Covid tienen cargas virales (Ct) más bajas que las "vacunadas".***

La inmunidad natural a SARS-CoV-2 fue 100% efectiva contra esta variante.

- Ninguno de los 3 empleados con un largo historial de Covid-19 no "vacunado", tenía la enfermedad de Covid-19.
- Ninguno de los 3 empleados con un largo historial de Covid-19 y "vacunados" con una dosis, no tenía Covid-19.
- Mientras que 15 de las 25 personas "vacunadas" con dos dosis desarrollaron la enfermedad Covid-19.
- 3 de 4 empleados que no fueron "vacunados" y sin antecedentes de Covid-19, desarrollaron la enfermedad Covid-19.

Las cargas virales fueron menores en los no "vacunados" infectados con SARS-CoV-2 que en los "vacunados" (no todos los datos de los pacientes están disponibles). El número de Ct se correlaciona con la carga viral: cuanto menor es el Ct en el gen N, mayor es la carga viral.

- Cargas virales (Ct en el gen N) en personas no "vacunadas" sin antecedentes de Covid: 30, 34 e indetectable.
- Cargas virales (Ct en el gen N) en "vacunados" con una dosis: 25, 30, 23, 28, 26.
- Cargas virales (Ct en el gen N) en "vacunados" con dos dosis: 26,1, 27, 26, 22, 29, 32, 24, 26, 27, 26, 36, 29, 35, 31.

La Dra. Nina Pierpont, el 09 de septiembre publicó un artículo, analizando varios estudios que se publicaron en agosto de 2021 que demuestran que la supuesta variante Delta Covid-19 está evadiendo las inyecciones actuales de Covid-19 que se ofrecen y, por lo tanto, no previene la infección o transmisión de Covid-19. Afirma que ***la inmunidad colectiva no se logrará mediante la "vacunación" porque una nueva investigación en múltiples entornos muestra que la supuesta variante Delta produce cargas virales muy altas que son igual de altas, y en algunos casos más altas en la población "vacunada" en comparación con la población no "vacunada"***. Según la doctora, la "vacuna", como la que ahora se aplica en el Reino Unido para todo el personal de las residencias asistenciales, no tienen justificación porque ***la "vacunación" de las personas no detiene o incluso ralentiza la propagación de la supuesta variante dominante Delta, lo que lleva a la doctora a concluir que la inmunidad natural es mucho más protectora que la "vacunación" porque todas las severidades de la enfermedad Covid-19 producen niveles saludables de inmunidad natural***.

Ella escribe que dado que la razón principal de un mandato de "vacunación" es proteger a otros de la infección, y hay estudios que prueban más allá de la sombra de duda que no hacen esto, aquellos que exigen las inyecciones de Covid-19 pueden desear buscar asesoría legal con respecto a su culpabilidad y responsabilidad por posibles daños duraderos a aquellos a quienes presionan para que se "vacunen" con la amenaza de exclusión del empleo, la educación o la sociedad.

En una carta al editor de The New England Journal of Medicine, el Dr. Roberto Bertollini del Ministerio de Salud Pública en Doha, Qatar, y sus colegas estimaron la efectividad de la inmunidad natural contra la reinfección al comparar los datos de la cohorte nacional.

Descubrieron que la inmunidad que se adquiere a partir de una infección anterior tenía ***una efectividad del 92.3 % contra la reinfección con la supuesta variante beta y del 97.6 % contra la reinfección con la supuesta variante alfa***. ***La protección persistió incluso un año después de la primera infección***.

Otro estudio de Israel también hizo que los investigadores cuestionaran "la necesidad de 'vacunar' a las personas infectadas", después de que su análisis demostrara riesgos similares de reinfección entre las personas con inmunidad natural o supuestamente inducida por la "vacuna". ***La efectividad de la inmunidad natural que se adquiere a través de una infección previa fue del 94.8%***.

Un estudio ***de personas que desarrollaron inmunidad natural durante la primera ola de SARS-CoV-2, mostró que su plasma contiene cuatro anticuerpos que son extremadamente potentes contra 23 variantes de SARS, incluidas variantes preocupantes***. Para agregar a esta protección, incluso el sistema inmunológico innato, que es la primera línea de defensa contra la enfermedad, puede entrenarse para tener un umbral de activación adecuado a

nuevos patógenos que son estructuralmente similares a los que se han encontrado anteriormente.

Desafortunadamente, muchas de las nuevas "vacunas" Covid están diseñadas para evadir la mayor parte del sistema inmunológico innato, por lo que no prepararán este proceso. La importancia del sistema inmunológico innato se puede ver en personas que tienen deficiencias en la producción de interferón, un importante compuesto de señalización en el sistema inmunológico innato. Las personas con esta deficiencia tienen tasas más altas de enfermedad grave y muerte.

Los datos presentados al **Ministerio de Salud de Israel** el 17 de julio de 2021 revelaron que, de los más de **7 700 casos de Covid-19 reportados desde mayo de 2021, solo 72 ocurrieron en personas que ya tuvieron Covid-19, una tasa menor al 1%. Por el contrario, más de 3 000 casos, o casi el 40% ocurrieron en personas que ya recibieron la "vacuna" antiCovid-19**. De acuerdo con Israel National News:

"Tenemos un total de 835 792 israelíes que se sabe que se han recuperado del virus y los 72 casos de reinfección representan el 0.0086% de las personas que ya estaban infectadas con Covid.

Por el contrario, los israelíes que ya recibieron la "vacuna" tenían 6.72 veces más probabilidades de infectarse después de recibirla que después de la infección natural, con más de 3 000 de los 5 193 499, o el 0.0578%, de israelíes que se vacunaron e infectaron en la última ola".

En otras palabras, ***las personas que ya recibieron la "vacuna" tenían una probabilidad casi 700% mayor de desarrollar Covid-19 que las que tenían inmunidad natural gracias a una infección previa***, y esto se debe a la variante Delta, que ha provocado más infecciones en Israel.

El sistema inmunológico de la gran mayoría de las personas que han sido infectadas con el virus CCP continuará portando anticuerpos contra el virus durante al menos 12 meses, según un estudio revisado por pares aceptado por el European Journal of Immunology el 24 de septiembre. Los científicos del Instituto Finlandés de Salud y Bienestar estudiaron la presencia de anticuerpos en 1292 sujetos ocho meses después de la infección. ***Descubrieron que el 96% de los sujetos aún portaban anticuerpos neutralizantes y el 66% aún portaban un tipo de anticuerpo llamado nucleoproteína IgG***. Luego, los científicos investigaron los niveles de anticuerpos un año después de la infección seleccionando al azar a 367 sujetos de la cohorte original que aún no habían sido vacunados. ***El 89% de los sujetos aún portaban anticuerpos neutralizantes y el 36% aún portaba el anticuerpo IgG***.

Los niveles de anticuerpos fueron más altos en sujetos que habían experimentado una enfermedad grave por Covid-19. En comparación con los que tenían una enfermedad leve, estos sujetos tenían de dos a siete

veces más anticuerpos durante al menos 13 meses después de la infección.

En un estudio **realizado en la Universidad de California en San Francisco**, indican la presencia de **supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas:, que están extendiéndose entre las personas "vacunadas", principalmente**. La investigación se basó en 1373 casos de personas que buscaron tratamiento en el área de la bahía de San Francisco, entre el 1 de febrero y el 30 de junio. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **la inmunidad natural protege más a las personas que la ofrecida por las "vacunas**".

En otro estudio, trataron de evaluar la necesidad de la "vacunación" Covid-19 en personas previamente infectadas con SARS-CoV-2. Entre los 52 238 empleados incluidos, 1359 (53%) de 2579 sujetos previamente infectados permanecieron sin vacunar, en comparación con 22 777 (41%) de 49 659 no infectados previamente. ***Ninguno de los 1359 sujetos previamente infectados que permanecieron no "vacunados" tuvo una infección por SARS-CoV-2 durante la duración del estudio. Llegaron a la conclusión de que es poco probable que las personas que han tenido infección por SARS-CoV-2, se beneficien de la "vacunación" contra Covid-19, por la escasa posibilidad de reinfección*.**

Mientras los gobiernos insisten en decirle a las personas que las "vacunas" ofrecen una mejor protección que la infección natural, un nuevo estudio realizado en Israel, como otros que hemos visto anteriormente, sugiere lo contrario: ***la infección natural ofrece un escudo mucho mejor contra el virus que las "vacunas"***.

El estudio fue descrito por Bloomberg como "el análisis más grande del mundo real que compara la inmunidad natural, obtenida de una infección anterior, con la protección proporcionada por una de las "vacunas" más potentes actualmente en uso". Este estudio cuestiona aún más la credibilidad de depender de las vacunas, dado que el estudio mostró que, en última instancia, ***los "vacunados" tenían 13 veces más probabilidades de estar infectados que los que estaban infectados anteriormente y 27 veces más probabilidades de tener síntomas***. "**Este análisis demuestra que la inmunidad natural brinda una protección más duradera y más fuerte contra la infección, la enfermedad sintomática y la hospitalización de la variante Delta**".

Alex Berenson, un periodista científico que ha cuestionado repetidamente la eficacia de las "vacunas" y mascarillas para prevenir la Covid, promocionó el estudio como suficiente para "poner fin a cualquier debate sobre las "vacunas" frente a la inmunidad natural". Aquí hay un extracto de un informe de Science Magazine:

"El nuevo análisis se basa en la base de datos de Maccabi Healthcare Services, que inscribe a unos 2.5 millones de israelíes. El estudio, dirigido por Tal Patalon y Sivan Gazit en KSM, encontró en dos análisis que las personas que fueron

"vacunadas" en enero y febrero tenían luego, en junio, julio y la primera quincena de agosto, ***de seis a 13 veces más probabilidades de infectarse que las personas no "vacunadas***" que pasaron el virus de manera natural. En un análisis, comparando a más de 32 000 personas en el sistema de salud, encontraron que ***el riesgo de desarrollar Covid-19 sintomático fue 27 veces mayor entre los "vacunados" y el riesgo de hospitalización ocho veces mayor***".

Como el primer país en lograr una amplia cobertura de la "vacuna", Israel se encuentra ahora en una situación impensable: el número de casos diarios ha alcanzado nuevos niveles récord, como veremos en el apartado de eficacia de las "vacunas".

En un estudio sobre inmunidades humorales y celulares en convalecientes por Covid-19: "***Los anticuerpos IgG específicos del SARS-CoV-2 y también NAb pueden persistir entre más del 95% de los convalecientes de Covid-19 de 6 a 12 meses después del inicio de la enfermedad***. Al menos 19/71 (26%) de los convalecientes de Covid-19 (doble positivo en ELISA y MCLIA) tenían anticuerpos IgM circulantes detectables contra el SARS-CoV-2 a los 12 meses del inicio de la enfermedad. En particular, los porcentajes de convalecientes con respuestas positivas de células T específicas del SARS-CoV-2 (al menos uno de los antígenos S1, S2, M y N de la proteína SARS-CoV-2) fueron 71/76 (93%) y 67/73 (92%) a 6 m y 12 m, respectivamente. Además, tanto los niveles de memoria de anticuerpos como de células T de los convalecientes se asociaron positivamente con la gravedad de la enfermedad".

En otro estudio, se analiza la disminución de anticuerpos en personas supuestamente infectadas por el virus y en personas "vacunadas": "***Este estudio demuestra que las personas que recibieron la "vacuna" de ARNm de Pfizer-BioNTech tienen una cinética diferente de los niveles de los supuestos anticuerpos en comparación con los pacientes que habían sido infectados con el virus SARS-CoV-2, con niveles iniciales más altos pero con una disminución exponencial mucho más rápida en el primer grupo***".

En un estudio en el que se comparaba la inmunidad adquirida tras la infección y la supuestamente adquirida tras la inoculación: "Nuestro análisis reveló diferencias cualitativas significativas entre los dos tipos de desafíos inmunes. ***En los pacientes con Covid-19, las respuestas inmunes se caracterizaron por una respuesta de interferón muy aumentada que estuvo en gran parte ausente en los receptores de la vacuna***".

En otro estudio, en el que se analizaban los perfiles unicelulares de los repertorios de células T y B: "Curiosamente, se observaron células T CD8 expandidas clonalmente en todos los 'vacunados', como se observó después de una infección natural. El uso del gen TCR, sin embargo, fue variable, lo que refleja la diversidad de repertorios y polimorfismo de MHC en la población humana. ***La expansión inducida por la infección natural de clones de células T CD8 más grandes ocuparon grupos distintos, probablemente debido al reconocimiento de un conjunto más amplio de epítopos virales presentados por el virus que***

no se ven en la 'vacuna' de ARNm. Nuestro estudio destaca una respuesta inmune adaptativa coordinada en la que las respuestas tempranas de las células T CD4 facilitan el desarrollo de la respuesta de las células B y la expansión sustancial de las células T CD8 efectoras, en conjunto capaces de contribuir a futuras respuestas de recuperación".

En otro estudio, en el que se cuantificaba el riesgo de reinfección en función del tiempo: "***La reinfección fue un evento poco común (tasa absoluta del 0% al 1.1%), y ningún estudio informó de un aumento en el riesgo de reinfección con el tiempo. El riesgo estimado fue bajo (0.1% [IC del 95%: 0.08-0.11%]) sin evidencia de disminución de la inmunidad hasta 7 meses después de la infección primaria. Estos datos sugieren que la inmunidad contra el SARS-CoV-2 adquirido de forma natural no disminuye durante al menos 10 meses después de la infección***".

En un estudio en Qatar en el que se analizaban los anticuerpos contra SARS-CoV-2: "**La reinfección es rara en la población joven** e internacional de Qatar. ***La infección natural parece provocar una fuerte protección contra la reinfección con una eficacia de ~ 95% durante al menos siete meses***". Unos resultados similares fueron obtenidos en otro estudio realizado en la India en el que se analizaba la inmunidad natural contra la reinfección: "Estos hallazgos refuerzan la gran plausibilidad de que ***el desarrollo de anticuerpos después de una infección natural no solo protege contra la reinfección por el virus en gran medida, sino que también protege contra la progresión a la enfermedad grave de Covid-19***".

El estudio, publicado en el New England Journal of Medicine el 15 de junio del 22, examinó la ola de Ómicron en Qatar que ocurrió desde diciembre de 2021 hasta febrero de 2022, comparando las tasas de vacunación y la inmunidad entre más de 100 000 personas infectadas y no infectadas con Ómicron.

Los autores del estudio encontraron que ***aquellos que tenían una infección previa pero no estaban "vacunados" tenían una inmunidad del*** 46.1 y 50% ***contra las dos supuestas subvariantes de la supuesta variante Ómicron, incluso en un intervalo de más de 300 días desde la infección anterior***. Sin embargo, ***las personas que recibieron dos dosis de la inyección de Pfizer y Moderna pero que no tenían una infección previa, se*** encontraron ***con inmunidad negativa contra las subvariantes Ómicron BA.1 y BA.2, lo que indica un*** mayor riesgo ***de contraer Covid-19 que una persona promedio***.

Más de seis meses después de recibir dos dosis de la inyección de Pfizer, la inmunidad contra cualquier infección de Ómicron se redujo a -3.4%***. Pero para dos dosis de la inyección Moderna, la inmunidad contra cualquier infección de Ómicron se redujo a*** -10.3% ***después de más de seis meses desde la última inyección***.

En un estudio en el que analizaban la respuesta en la infección asintomática por SARS-CoV-2: "Por lo tanto, ***las personas infectadas con SARS-CoV-2***

asintomáticas no se caracterizan por una inmunidad antiviral débil; por el contrario, generan una respuesta inmune celular específica del virus altamente funcional".

En otro estudio realizado en Estados Unidos, en el que se analizaba la evolución de los anticuerpos tras la "vacunación" utilizando ARNm, llegaron a la conclusión de que ***los anticuerpos de memoria seleccionados con el tiempo por infección natural tienen mayor potencia y amplitud que los anticuerpos provocados por la "vacunación"***.

En un informe científico de la OMS del 10 de mayo de 2021: "Los datos científicos disponibles sugieren que ***en la mayoría de las personas las respuestas inmunitarias siguen siendo sólidas y protectoras contra la reinfección durante al menos 6-8 meses después de la infección*** (el seguimiento más largo con evidencia científica sólida es actualmente de aproximadamente 8 meses). Algunas variantes de virus del SARS-CoV-2 con cambios clave en la proteína de pico tienen una susceptibilidad reducida a la neutralización por anticuerpos en la sangre. ***Mientras que los anticuerpos neutralizantes se dirigen principalmente a la proteína de pico, la inmunidad celular provocada por la infección natural también se dirige a otras proteínas virales, que tienden a estar más conservadas en todas las variantes que la proteína de pico***".

En un estudio realizado en Austria sobre el riesgo de reinfección por SARS-CoV-2 realizado en abril de 2021: "Registramos 40 reinfecciones tentativas en 14 840 supervivientes de Covid-19 de la primera ola (0.27%) y 253 581 infecciones en 8 885 640 personas de la población general restante (2.85%), lo que se traduce en una razón de probabilidades (intervalo de confianza del 95%) de 0.09 (0.07 a 0.13). ***Observamos una tasa de reinfección relativamente baja de SARS-CoV-2*** en Austria. ***La protección contra el SARS-CoV-2 después de una infección natural es comparable con las estimaciones más altas disponibles sobre la eficacia de la "vacuna"***. Se necesita urgentemente más investigación bien diseñada sobre este tema para mejorar las decisiones basadas en la evidencia sobre las medidas de salud pública y las estrategias de vacunación".

En otro estudio en el que analizaban la respuesta de anticuerpos anti-Spike a la infección natural por SARS-CoV-2 en la población general: "***Estimamos los niveles de anticuerpos asociados con protección contra la reinfección probablemente duran entre 1.5 y 2 años en promedio, con niveles asociados con la protección contra infecciones graves presentes durante varios años***".

En un estudio realizado en las Islas Feroe sobre los anticuerpos naturales contra SARS-CoV-2: "Aunque actualmente se desconoce la función protectora de los anticuerpos, nuestros resultados muestran que para el SARS-CoV-2 persistieron al menos 12 meses después del inicio de los síntomas y tal vez incluso más, lo que indica que ***las personas convalecientes por Covid-19 pueden estar protegidas de la reinfección***. Nuestros resultados representan la inmunidad de

anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en cohortes de todo el país en un entorno con pocos casos no detectados, y creemos que nuestros resultados se suman a la comprensión de la inmunidad natural".

En un estudio sobre las asociaciones de "vacunación" y de infección previa con resultados positivos de la prueba de PCR para SARS-CoV-2 en pasajeros de líneas aéreas que llegan a Qatar: "De 9180 personas sin registro de 'vacunación' pero con un registro de infección previa al menos 90 días antes de la prueba de PCR (grupo 3), 7694 podrían compararse con personas sin registro de vacunación o infección previa (grupo 2), **entre los que la positividad de la PCR fue del 1.01%** (IC del 95%, 0.80% -1.26%) **y 3.81%** (IC del 95%, 3.39% -4.26%), respectivamente. El riesgo relativo de positividad de la PCR fue 0.26 (IC del 95%, 0.17-0.28) para las personas 'vacunadas' y 0.22 (IC del 95%, 0.21-0.34) para las personas con infección previa en comparación con ningún registro de vacunación o infección previa".

Un nuevo estudio de la Escuela de Salud Pública de Yale ha reafirmado que **la inmunidad natural a una infección previa por Covid-19 dura mucho más que la inmunidad por las "vacunas" Covid-19 actualmente disponibles**, aunque los principales medios de comunicación están representando sus hallazgos de manera diferente.

El Yale Daily News informa que el estudio, dirigido por el bioestadístico Jeffrey Townsend, encontró que ***el riesgo de reinfección de una persona no vacunada es de alrededor del 5% a los tres meses después de la infección inicial" y aumenta al 50% después de 17 meses***. Bajo un modelo que asume que toda la población ha sido previamente infectada o "vacunada", las personas no "vacunadas" deben esperar ser reinfectadas con Covid-19 cada 16 a 17 meses en promedio.

¿Proporciona la "vacuna" Covid-19 una mayor inmunidad que la infección previa? Mientras los expertos debatían, la Red de Acción para el Consentimiento Informado (ICAN) llegó al fondo de esta cuestión. Se ha comprometido a mantener un intercambio formal con los CDC sobre esta cuestión concreta. La respuesta no es sorprendente: ¡**la inmunidad natural gana**!

Los CDC no logran refutar la ciencia clara, consistente e irrefutable que demuestra la superioridad de la inmunidad natural en comparación con la inmunidad de la "vacuna".

¿Quién tiene más probabilidades de contraer Covid-19 (la enfermedad sintomática)? La respuesta es clara. **La inmunidad natural proporciona una protección superior al 99% contra el Covid-19, mientras que la supuesta inmunidad de la "vacuna" está muy por debajo de este nivel de protección, incluso directamente después de la "vacunación", y a partir de ahí disminuye rápidamente**.

¿Quién tiene más probabilidades de infectarse y transmitir el virus (con o sin síntomas)? La respuesta es de nuevo muy clara. **La inmunidad de la**

“vacuna” no evita la infección y la transmisión, mientras que la inmunidad natural sí lo hace. Como explicó el director de los CDC, los “vacunados” deben llevar mascarillas porque “**lo que ya no pueden hacer [las ‘vacunas’ contra la Covid-19] es prevenir la transmisión**”.

Peor aún, según los datos oficiales del gobierno del Reino Unido e Israel, los efectos adversos conocidos de la “vacuna” Covid-19 superan los beneficios conocidos de la “vacunación” de los inmunes por naturaleza.

Ha salido un artículo en MedRxiv (aún no ha sido aceptado para su publicación) que es bueno analizar debido a su relevancia. En él, Yair Golberg, investigador del Instituto tecnológico de Israel, y colaboradores, evalúan la duración de la inmunidad contra SARS-CoV-2, tanto la que ocurre luego de una exposición al virus, como la que denominan como “híbrida” que es el resultado de haberse infectado y luego “vacunado”, o “vacunado” y luego infectado. Para fines de practicidad me referiré a la inmunidad que se genera después de haberse expuesto al virus como “inmunidad natural”.

No fue un estudio trivial, ni se basó en un número de muestra pequeño: analizaron más de 5.7 millones de casos. Me resultó un poco extraño uno de los planteamientos del estudio en cuanto a tomar en cuenta a los “vacunados” que luego se infectaron y recuperaron como una categoría de inmunidad híbrida, porque están ignorando el hecho de que, justamente, esos “vacunados” se infectaron, pero ese punto no lo discuten en el estudio. De cualquier manera, analizaremos los datos que presentan, que muestran cosas muy interesantes.

Vámonos directamente al Cuadro 2 donde presentan resultados que demuestran lo que muchos estudios han planteado. Vamos a centrarnos solo en los tiempos comparables (4 a 6 meses y 6 a 8 meses) y recordemos que no solo se debe de ver la media sino los intervalos de confianza. Si entre categorías los valores se traslapan entonces no hay verdaderas diferencias. Fíjense en la incidencia de casos de Covid-19 en personas que cuentan “solamente” con inmunidad generada por la exposición al virus: 10.5 reinfecciones por 100 000 (con el intervalo de confianza entre 8.8 a 12.4 casos por 100 000). Ahora vean lo que se ve para personas “vacunadas” (que no cuentan con la inmunidad previa por haberse infectado): es de 69.2 infecciones por 100 000 (sin traslape en los intervalos de confianza). Los recuperados y luego “vacunados” están igual que los que “solamente” cuentan con inmunidad natural (10.3 reinfecciones por 100 000) y la incidencia de casos de Covid-19 en los “vacunados” que se infectaron después de la vacunación también es igual, en 12.8 infecciones por 100 000 (vean que los intervalos de confianza se traslapan con los recuperados). El mismo patrón se ve a los 6-8 meses: se dan menos casos nuevos en personas que cuentan “solamente” con inmunidad natural (14 por 100 000; con intervalo de confianza de 13.3 a 14.8 por 100 000) que en personas “vacunadas” (88.9 por 100 000, sin traslape en los intervalos de confianza), y no difiere la protección natural de la que se ve en personas recuperadas que luego fueron “vacunadas” con una dosis (11.6 por 100 000). Las personas que fueron “vacunadas” y que luego se infectaron tuvieron más incidencia de casos (17.2 por 100 000, con un intervalo de confianza de 15.2 a 19.2 por 100 000). Y, a más de 1 año de haberse

infectado, los que cuentan "solamente" con inmunidad natural tienen 3 veces menor incidencia de casos que los "vacunados" a los 6 meses (30.2 vs. 88.9).

En otras palabras, la inmunidad natural es superior a la que, teóricamente, generan las inoculaciones Pfizer/BioNTech.

A finales de noviembre, se publicó un estudio en el New England Journal of Medicine que sugiere que ***las personas que ya se han infectado y se han recuperado del Covid-19, son naturalmente inmunes al Covid y tienen un bajo riesgo de reinfección y contraer la enfermedad nuevamente***.

En Qatar, los investigadores examinaron una cohorte de más de 353 000 personas utilizando una base de datos nacional. Esta base de datos tiene información sobre pacientes con infecciones confirmadas por reacción en cadena de la polimerasa. Contrajeron Covid-19 entre febrero de 2020 y abril de 2020. Se contabilizaron las reinfecciones si una persona se infectaba tres meses después de su primera infección.

Los investigadores excluyeron a aproximadamente 87 500 personas "vacunadas" y encontraron que ***aquellos que se recuperaron con Covid-19 son inmunes y tenían un bajo riesgo de casos graves de infección por Covid-19. Solo se contaron 1304 reinfecciones***.

Según el estudio, ***las probabilidades de una enfermedad grave eran 0.1 veces mayores que las de una infección primaria***. ***No se encontraron casos de muerte entre los que se reinfectaron***.

Hay 90% menos probabilidad de ser hospitalizado si cuentas con inmunidad natural y vuelves a infectarte que el riesgo para infecciones primarias y 0% de probabilidad (con base en su estudio) de que sea grave el cuadro y mueras. Nuestra inmunidad es muy eficiente y muy segura.

Los investigadores, Laith Abu-Raddad de Weill Cornell Medicine Qatar y el Dr. Robert Bertolini del Ministerio de Salud Pública de Qatar, ***habían evaluado previamente la eficacia de la inmunidad natural contra la reinfección en un*** 85% o más.

"En consecuencia, ***para una persona que ya ha tenido una infección primaria, el riesgo de tener una reinfección grave es sólo aproximadamente el 1% del riesgo de que una persona no infectada previamente tenga una infección primaria grave***", dijeron.

"Es necesario determinar si dicha protección contra la enfermedad grave en el momento de la reinfección dura más tiempo, análoga a la inmunidad que se desarrolla contra otros coronavirus estacionales del 'resfriado común', que provocan inmunidad a corto plazo contra reinfecciones leves pero inmunidad a más largo plazo contra enfermedades más graves con reinfección.

Si este fuera el caso del SARS-CoV-2, el virus (o al menos las variantes estudiadas hasta la fecha) podría adoptar un patrón de infección más benigno cuando se vuelva endémico".

"Estudio importante que muestra **cuán rara es la reinfección y la enfermedad grave por Covid después de la recuperación de Covid**", escribió en Twitter la Dra. Monica Gandhi, doctora en enfermedades infecciosas de la Universidad de California-San Francisco. Asimismo dijo que el estudio muestra que las ***personas recuperadas tienen altos niveles de inmunidad contra la reinfección y una mayor protección contra la muerte y los casos graves***.

Según los investigadores, algunas personas han logrado un premio gordo genético con inmunidad sobrehumana contra Covid-19. También son capaces de luchar contra las variantes presentes y futuras de Covid-19. Los estudios demuestran que **tanto la inmunidad híbrida como la inmunidad sobrehumana son formas en las que nuestros cuerpos pueden tener un poder de combate adicional contra el Covid-19**.

Recordemos que un estudio muestra que ***las personas doblemente "vacunadas" tenían entre 6 y 13 veces más probabilidades de infectarse que las personas no "vacunadas" que estaban previamente infectadas con el coronavirus***. El estudio demuestra el poder del sistema inmunológico humano.

Un informe publicado el miércoles 19 de enero del 2022 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reveló que ***las personas no "vacunadas" que se recuperaron de Covid-19 estaban mejor protegidas que aquellas que estaban "vacunadas" y no infectadas previamente durante el reciente aumento Delta***.

Los investigadores evaluaron los datos de 1.1 millones de casos de Covid-19 entre adultos en California y Nueva York (que representan el 18 % de la población de EE. UU.) del 30 de mayo al 20 de noviembre de 2021.

El estudio se dividió en cuatro grupos de adultos mayores de 18 años: 1) no "vacunados" sin diagnóstico previo de Covid-19 confirmado por laboratorio, 2) no "vacunados" con diagnóstico previo de Covid-19, 3) "vacunados" (14 días) sin diagnóstico previo de Covid-19, y 4) "vacunados" con diagnóstico previo de Covid-19.

"Sin embargo, al observar el verano y el otoño de 2021, cuando Delta se volvió predominante en este país, sobrevivir a una infección anterior ahora brindaba una mayor protección", dijo el epidemiólogo de los CDC, Benjamin Silk.

El estudio confirmó algo que sabíamos desde hace mucho tiempo: que ***la "inmunidad natural" adquirida a través de una infección previa de Covid es más potente que las "vacunas" experimentales***.

Haber contraído el virus SARS-CoV-2 brinda una protección del 90% contra una posible reinfección, incluso frente a variantes como la Delta, de acuerdo con una revisión sistemática de estudios liderada por el médico epidemiólogo especialista en enfermedades infecciosas Jeffrey Klausner, ferviente defensor de la "vacuna" Covid. "Parece que algunos olvidaron su formación básica de la Escuela de Medicina". "Cuando analizamos de manera sistemática más de 1500 estudios, escogimos aquellos de alta calidad, que tuvieran en cuentan una historia de infección previa comprobada por un test biológico de PCR positivo y luego una reinfección probada biológicamente. Así hallamos que ***la infección previa brindaba una protección del 90% contra la reinfección***. Es decir, ni siquiera contra la hospitalización o contra enfermar de manera severa, sino contra la posibilidad de infectarse nuevamente". Mencionó una investigación de la Cleveland Clinic donde analizaron la base de datos de la institución y también vieron que **entre las personas con infección previa el número de aquellas con reinfección era cero**. "Los científicos son un poco escépticos sobre el 'cero' porque nada es siempre perfecto, pero **cuando empezamos a observar los estudios de otros países también observamos tasas muy muy bajas de infección repetida**".

En un estudio publicado en la prestigiosa revista Nature Immunology, confirman algo importantísimo: el que ***la inmunidad innata es clave en las respuestas contra SARS-CoV-2***. Pero también es algo que ya sabíamos (para otros virus) desde hace varias décadas: el sistema inmune innato juega un papel clave en las respuestas antivirales. Hay muchos ejemplos de esto, desde las respuestas basadas en células asesinas naturales hasta los componentes protéicos de nuestro sistema inmune innato, como la lectina que se une a manosa (MBL, por sus siglas en inglés), producida por nuestro hígado, y que tiene un marcado efecto contra el virus de la encefalitis japonesa equina, herpesvirus, influenza virus y hasta otros coronavirus.

El estudio justamente encontró esto: el que ***el MBL humano tiene una acción antiviral importante en los infectados por SARS-CoV-2, incluso contra las supuestas variantes nuevas***. Implica que están reconociendo que tenemos muchas y variadas respuestas naturales contra este (y otros) virus. En los medios oficiales simplemente era ignorado o subestimado ese importante hecho, casi como si médicos, científicos, autoridades sanitarias y comentaristas de televisión creyeran que la única respuesta posible es una que sea basada en anticuerpos inducidos por "vacunas". La amnesia (o ceguera) de muchos inmunólogos, virólogos y médicos podría estar sanando. La publicación aporta más conocimiento para permitir entender en su dimensión más completa a nuestro sistema inmune como lo que es: un intricado sistema complejo y muy eficiente que nos permite defendernos de infinidad de microorganismos, incluso siendo "temidas variantes nuevas" e incluso en un escenario de "vacunas" de nula protección y nula seguridad.

La universidad Johns Hopkins publicó un estudio importante. El Dr. Marty Makary, al frente de un equipo en Johns Hopkins para hacer el trabajo que los CDC y los NIH se niegan a hacer, demostró que ***el 99 % de las personas no "vacunadas" que supuestamente tenían infecciones por Covid tenían una "inmunidad***

natural" robusta que no disminuyó durante al menos 650 días. Lo más importante de todo es que ***ésta es una evidencia clara e indiscutible de que la inmunidad natural es mucho más duradera que la teórica inmunidad "vacunada".***

La protección que experimentan las personas después de recuperarse de Covid-19, conocida ampliamente como inmunidad natural, dura al menos 18 meses, según otro estudio publicado recientemente.

Hace meses, la Dra Karina Acevedo explicó en un par de seminarios cómo es que, dada la tasa de mutación, y dada la selección natural, ***las "vacunas" estarían actuando como un factor de selección que daría ventaja a las variantes de Spike que pueden "escapar" de las respuestas inmunes anti-Spike***. El más completo es éste. Podrán ver que es análogo a lo que pasa con el uso de antibióticos y la generación de resistencia a antibióticos, y que ***quien está guiando esa presión selectiva son las personas "vacunadas", no así los no-inoculados***. También explicó cómo, dada la forma de transmisión de SARS-CoV-2, donde la virulencia (capacidad de causar daño) no ayuda a su transmisión, serían favorecidas las variantes que fueran más transmisibles y menos virulentas. Digamos, como está ocurriendo con Ómicron. ***Para este supuesto virus, no hay ninguna explicación plausible de un escenario en el cual las supuestas variantes "ventajosas" serían las que causen más daño. ¡Todo lo contrario!***

El asunto es que: 1) la región que más adquiere mutaciones funcionales es el gen que tiene las instrucciones para la proteína Spike, 2) todas las "vacunas" que se usan en el mundo hasta el día de hoy, menos las inactivadas (Sinopharm, Sinovac, Covaxin) solamente estimulan una respuesta inmune contra la proteína Spike, y no contra las muchas otras proteínas del supuesto virus, 3) supuestamente, todas las "vacunas" que se usan en el mundo hasta el día de hoy, fueron creadas con base en la primera variante que circuló desde enero 2020 (D614G). Esa supuesta variante ya no circula más, al menos no de manera significativa.

Por esos puntos arriba expuestos, ***la teórica inmunidad generada solamente por la "vacunación" no nos daría inmunidad efectiva contra las variantes del virus SARS-CoV-2 que supuestamente están circulando***.

Un estudio ***encontró que la inmunidad natural confiere protección contra la supuesta variante Ómicron del coronavirus de Wuhan (Covid-19)***. El hallazgo salió a la luz cuando Ómicron, que infecta fundamentalmente a los "vacunados", supuestamente, se convirtió en la cepa dominante en los Estados Unidos. El estudio publicado previamente el 13 de febrero en medRxiv analizó los registros médicos de 39 766 empleados que trabajan en la Clínica Cleveland en Ohio. Para garantizar datos precisos, los autores del estudio examinaron los registros del personal de la Clínica Cleveland empleado desde el 16 de diciembre de 2020. Un gran porcentaje de empleados en el hospital había recibido dos dosis de la "vacuna" Pfizer o Moderna mRNA Covid-19, mientras que un porcentaje menor aún no se había inyectado.

"***La inmunidad natural de la infección previa es más robusta que la teórica inmunidad adquirida a través de la 'vacunación'. Además, las personas previamente infectadas con Covid-19 conservan una protección sustancial contra la variante Ómicron durante al menos seis meses en ausencia de vacunación***", escribieron los autores del estudio.

Los investigadores también destacaron que ***las personas que contrajeron Covid-19 seis meses antes y no se "vacunaron" tenían un menor riesgo de reinfección en comparación con aquellos que contrajeron Covid-19 más de seis meses antes y se inyectaron***. "***Esto sugiere que la inmunidad natural adquirida de una variante anterior de Covid-19 proporciona una protección sustancial contra la supuesta variante Ómicron durante al menos seis meses, incluso en ausencia de una 'vacuna'***", señalaron.

"***Entre las personas con inmunidad natural de infección previa, aquellos que recibieron dos dosis tenían un mayor riesgo de Covid-19 que aquellos que recibieron una sola dosis y un riesgo que no fue menor que aquellos que no recibieron ninguna 'vacuna'***".

El autor principal del estudio y médico de enfermedades infecciosas, el Dr. Nabin Shrestha, dijo a the Epoch Times en un comunicado enviado por correo electrónico: "Durante el tiempo en que la variante Ómicron era la cepa predominante que causaba la infección, una infección anterior ***proporcionó una protección efectiva contra la infección durante al menos seis meses. La infección previa debe considerarse al menos tan protectora para proteger contra futuras infecciones como dos dosis de una 'vacuna' de ARNm***".

"***Para aquellos que no tenían una infección previa con Covid-19, 'vacunar' con más de una dosis de 'vacuna' no proporcionó ninguna ventaja sobre una sola dosis de vacuna para proteger contra la variante Ómicron. Si alguien se infectó y sobrevivió, se debe reconocer la protección que ha adquirido contra la infección natural***", agregó Shrestha.

Sin embargo, los ejecutivos de los dos fabricantes de "vacunas" de ARNm, Pfizer y Moderna, han defendido la necesidad de dosis posteriores contra la supuesta variante Ómicron.

El estudio, titulado (traducido del inglés): "La evasión inmune significativa de la variante Ómicron de SARS-CoV-2 pseudotipado" publicado recientemente en Emerging Microbes and Infections, por Zhang y colaboradores, reporta hallazgos importantes que aportan más evidencia a lo explicado anteriormente: los anticuerpos anti-Spike generados en personas convalecientes no neutralizan a la variante Ómicron. ¿Cómo hicieron el estudio? Pues, colectaron suero de 28 personas convalecientes de supuestamente Covid-19 (no indican si estas personas eran "vacunadas" o no "vacunadas"). 15 de las personas fueron muestreadas al mes de haberse recuperado y 13 de las personas fueron muestreadas a los tres meses de haberse recuperado. Construyeron "pseudovirus" de SARS-CoV-2 usando al virus de la estomatitis vesicular (VSV) al cual le insertaron la información para que expresara la proteína Spike de SARS-

CoV-2. Así pudieron medir la capacidad del suero que contiene anticuerpos contra Spike de SARS-CoV-2 de neutralizar a esos pseudovirus. La habilidad del suero de neutralizar a Ómicron fue 8.4 veces menor que lo que se ve para las supuestas variantes Alpha, Beta, Gamma y Lamda con respecto a la supuesta variante de referencia, como podrán ver en la figura 1 del estudio (10.6 veces menor al mes de infectados, y 5.1 veces menor a los tres meses).

Esto significa algo muy importante: ***las personas que generen anticuerpos debido a la "vacunación", y que carezcan de inmunidad generada de forma natural, no tendrán protección contra Ómicron y contra las nuevas variantes que vayan emergiendo***. No así las personas que se hayan infectado de forma natural. ¿Por qué? Porque, como he explicado antes, ***cuando nos infectamos de forma natural, generamos respuestas eficientes y de larga duración contra muchos otros fragmentos de proteínas, no solamente contra Spike [a diferencia de lo que ocurre con la inmunidad que generan las "vacunas" de ARNm (Pfizer/BioNTech, Moderna), las vectorizadas (Astrazeneca, Cansino, Janssen) y las subunitarias protéicas (Abdala, Soberana, Novavax)]***. Aunque las variantes hayan adquirido mutaciones en Spike, las otras proteínas del virus (nucleocápside, matriz, envoltura, ARN polimerasa) casi no acumulan mutaciones porque de hacerlo, les afecta su funcionamiento y habilidad de replicar. Entonces, ***los que cuentan con inmunidad natural están*** bien protegidos ***contra las diferentes variantes del virus SARS-CoV-2, y los "vacunados" no***.

Ahora bien, ¿esto significa que los "vacunados" pueden enfermar moderada a gravemente si se infectan de las variantes nuevas? la respuesta es compleja, porque si pensamos solamente en las supuestas variantes nuevas, entonces diría "no" porque, teóricamente, cada vez son menos virulentas estas variantes, y lo que causan es equiparable a un resfriado (a menos de que tengan terror de los resfriados y somaticen su miedo, no son peligrosas). Pero si pensamos en los riesgos de incremento dependiente de anticuerpos (ADE) y otras inmunopatologías asociadas a la "vacunación" que pueden llegar a ocurrir cuando un "vacunado" que no cuente con protección natural se infecte con SARS-CoV-2, entonces diría "sí". Por eso es tan importante que médicos y pacientes comprendan la patogenia de Covid-19 para que sepan tratar adecuadamente el cuadro de desregulación inmune, coagulopatías, daño endotelial e inflamación exagerada que puede llegar a provocar la ADE y las inmunopatologías asociadas a la "vacunación".

El 28 de febrero, Medscape Reino Unido publicó un artículo de Sheena Meredith que analiza un estudio del 25 de enero de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón (OHSU) y otros estudios que apuntan a la ***fuerza de la inmunidad natural a la Covid derivada de una infección previa***.

Los anticuerpos derivados ***de la infección natural con Covid-19 son más abundantes y más potentes, al menos 10 veces más potentes, que la teórica inmunidad generada solo por la "vacunación"***, según el estudio de la Oregon Health & Science University (OHSU) en Portland, EE. 25 de enero.

Un estudio en Ginebra, Suiza, de personas infectadas en la primera ola mostró una tasa de infección del 15.5% en individuos seronegativos en comparación con solo el 1% en seropositivos, lo que brinda una ***protección general atribuible a la infección del 94%***.

La infección natural también protege ***frente a las distintas supuestas variantes que han ido surgiendo progresivamente desde el inicio de la pandemia***. Un estudio de una base de datos nacional que incluyó a casi 22 000 personas en Qatar publicado en el New England Journal of Medicine mostró que ***la infección previa fue "robusta" (aproximadamente el 90%) en la prevención de la reinfección con las variantes Alfa, Beta y Delta del SARS-CoV-2 y aproximadamente el 60% "pero todavía considerable" contra Ómicron. Ninguna de las reinfecciones progresó a resultados críticos o fatales y se estimó que la efectividad contra el Covid-19 grave, crítico o fatal fue del 69.4% contra Alpha, 88.0% contra Beta, 100% contra Delta y 87.8% contra variantes de Ómicron***.

La protección de la inmunidad natural también parece ser duradera. ***Las personas infectadas con SARS-CoV-2 en 2020 y principios de 2021 tenían alrededor del 72% al 86% de protección contra la reinfección con el virus durante al menos 6 meses***, según un estudio de los empleados de SpaceX de EE. UU. financiado en parte por el Instituto Nacional de Investigación en Salud del Reino Unido. (NIHR) y publicado a principios de febrero del 22 en PLOS Biology.

Un estudio previo a la publicación que se presentará en el Congreso Europeo de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas de este año en Lisboa en abril pasado comparó personas previamente infectadas y no "vacunadas" con personas doblemente "vacunadas" y nunca infectadas. Los resultados mostraron que, aunque con el tiempo la cantidad de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 disminuye tanto en pacientes previamente infectados como "vacunados", ***el rendimiento de los anticuerpos mejora solo después de la infección previa, y no después de la "vacunación"***.

"***Esta diferencia podría explicar por qué los pacientes previamente infectados parecen estar mejor protegidos contra una nueva infección que aquellos que solo han sido vacunados***", concluyeron los investigadores.

Al comentar sobre el estudio, el Dr. Julian Tang, virólogo clínico de la Universidad de Leicester, dijo: "En general, ***la infección natural*** genera ***un conjunto más amplio y duradero de respuestas inmunitarias a todos los antígenos virales***, por lo que esto no es realmente sorprendente". En general, nuestro sistema inmunológico ha evolucionado durante varios millones de años para hacer frente a todo tipo de patógenos, por lo que esperaría que ***la inmunidad natural supere cualquier inmunidad inducida por "vacunas" a largo plazo***".

Se ha ignorado en gran medida la ***evidencia de que las personas que se han recuperado de Covid-19 pueden*** experimentar ***tasas más altas de efectos secundarios después de la "vacunación"***, posiblemente debido a ***los niveles existentes de anticuerpos que interactúan con una "vacuna" posterior***

para crear la deposición ***de complejos inmunitarios***. Una comparación que utilizó datos de la aplicación de síntomas ZOE encontró que ***los efectos secundarios tanto locales como sistémicos eran más comunes entre las personas con infección previa por SARS-CoV-2 que entre aquellas sin infección pasada conocida*** (efectos secundarios sistémicos 2.9 veces más comunes después de la primera dosis de Pfizer y 1.6 veces después de la primera dosis de la "vacuna" Astra).

En los EE. UU., un análisis combinado de siete estudios clínicos no mostró "***ninguna ventaja estadística de la 'vacunación' en personas sin experiencia con Covid, en comparación con la inmunidad natural en personas recuperadas de Covid"***.

Los autores concluyeron: "***Se debe considerar que las personas recuperadas de Covid tienen al menos la misma protección que sus contrapartes 'vacunadas' sin Covid***. La política nacional debe reflejar la necesidad de equilibrio clínico y moderación en la decisión de 'vacunar' a estas personas por mandato".

En un estudio, Ridgway y colaboradores, estudiaron un fenómeno que (desde diciembre de 2020) hasta ahora se consideró falso: ¡la inmunidad generada a través de una infección sirve y protege!

Su estudio se basó en el análisis de más de 100 000 adultos de más de 1300 centros médicos, entre octubre 2020 y noviembre 2021. Encontraron ***que la inmunidad "natural" otorga "un nivel semejante de protección a Covid-19 que las "vacunas" de ARNm".*** Encontraron ***que la gente que se había infectado (y no estaba vacunada) tuvo un 85% de protección a la reinfección y 88% de protección de ser hospitalizados en el (poco probable) casi de llegar a reinfectarse. Esta protección natural duró (al menos, porque pararon el estudio en noviembre de 2021) nueve meses***.

Por otro lado, no es correcto decir "da una protección comparable" porque las "vacunas", supuestamente, están 'necesitando' múltiples dosis mientras que la inmunidad por la infección dura mucho tiempo. Además, hay muchos "vacunados" que se siguen infectando. Por otro lado, la inmunidad generada por la infección sí detiene las reinfecciones y por ende el contagio (entre otras cosas, porque también estimula la inmunidad de mucosas y las "vacunas", no), y aunque para tener esa inmunidad se requiere haber estado en contacto con el supuesto virus, éste tiene una tasa de letalidad muy, muy baja, y en la mayoría de la gente cursa como una gripe leve a moderada (de acuerdo al estudio, de los poquitos reinfectados, el 83% tuvo un cuadro así, leve) y para las que hay muchas opciones de tratamiento. La inmunidad 'natural' no tiene riesgo de que ocurra mielitis transversa, hepatitis autoinmune, uveítis, desprendimiento de retina autoinmune, pancreatitis, activación de cáncer, inmunosupresión, etc.

Uno tiene, forzosamente, que cuestionar, ¿por qué no se toma en cuenta la inmunidad natural? ¿Por qué se obliga o cuasi-obliga a la gente a recibir una inoculación que tiene una nula efectividad y requiere una y otra y otra aplicación

ad nauseum? Y, ¿por qué la mayoría de los médicos no parecen comprender las bases de inmunología y estos hallazgos que, por lo demás, vuelven a constatar lo que ya se sabía y se publicó en diversos estudios sobre la inmunidad efectiva y de larga duración que se inducía después de la infección con el primer virus SARS, que, dicho sea de paso, supuestamente, era 8 a 10 veces más letal, y su epidemia se controló sin necesidad de vacunación.

Ya hemos demostrado científicamente que la inmunidad natural es más amplia y duradera que la que teóricamente se adquiere tras la inoculación. Ahora, además, vamos a ver que a diferencia de esa teórica tras el pinchazo, tampoco está condicionada por circunstancias previas del infectado, por ejemplo, la obesidad:

Las personas con obesidad severa generan ***una respuesta inmunológica significativamente más débil a la "vacunación" contra la Covid-19 en comparación con aquellas con peso*** normal, pero ***los previamente infectados*** no tienen ***este problema***, según ha descubierto un estudio. El estudio fue realizado por el profesor Volkan Demirhan Yumuk de la Universidad de Estambul y sus colegas y se presentó en el Congreso Europeo sobre Obesidad en los Países Bajos.

Dado que la obesidad es un importante predictor de enfermedad grave y muerte en pacientes con Covid, esa no es una buena noticia para la eficacia de la "vacuna".

Otras pruebas

Desde muchos medios de "comunicación" se ha contado que estamos en una pandemia de no "vacunados" ya que los "vacunados", supuestamente, están "inmunizados"; el Dr. Byram Bridle deja muy claro en Fox tv que es una falacia.

En reconocimiento de esta circunstancia, la Universidad George Mason (GMU, por la sigla en inglés), Virginia, fue obligada a conceder la exención médica de la "vacuna" Covid a uno de sus profesores, después de que demandara ante una corte estatal según informa en su página web New Civil Liberties Alliance (NCLA). De esta manera, el veterano profesor de leyes, Todd Zywicki, no tendrá que "vacunarse", no obstante, deberá realizarse pruebas de Covid todas las semanas mientras esté en el campus universitario, y en los eventos deberá estar a más de dos metros de distancia de otras personas. ***Distintas pruebas positivas de anticuerpos contra el Covid, que le realizaron el año pasado al profesor Zywicki muestran que su inmunidad natural es*** sólida, ***e incluso su inmunólogo personal considera que no es necesario que se inocule la "vacuna", y sostiene que ordenar procedimientos innecesarios viola la ética médica***. Contando con este triunfo legal a favor de la inmunidad natural contra el Covid, la NCLA insiste en que se reconozca que ésta hace ***innecesaria la "vacuna" contra el virus***.

Además, mientras la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la "vacuna" hace lo contrario. El Dr. Robert Malone, afirma que ***la***

inmunidad natural es hasta 20 veces superior a la que supuestamente inducen los sueros*. El *Dr. Sucharit Bhakdi afirma que la inmunidad de grupo ya está presente, las "vacunas" son innecesarias. También afirma que ***la inmunidad natural es muy superior a la inmunidad inducida por "vacunas"*:**

Uno de los peores insultos a la verdad científica y médica es la afirmación de que la "vacuna" antiCovid confiere una protección superior a la inmunidad natural que se obtiene después de exponerse al virus y de recuperarse. La realidad es que la inmunidad natural es muy superior a la protección inducida por estas "vacunas", la cual, si existiera, es limitada y temporal.

La "vacuna" antiCovid solo produce anticuerpos contra una de las proteínas virales, la proteína Spike, mientras que la inmunidad natural produce anticuerpos contra todas las partes del virus, además de células T de memoria. Como señala Bhakdi:

"El solo hecho de que la Organización Mundial de la Salud cambió la definición de inmunidad colectiva, es una vergüenza. No tengo palabras para describir lo absurdo que me parece todo esto y lo peor de todo es que nuestros colegas prefieren quedarse callados. ¿Cómo pueden los médicos y científicos del mundo escuchar estas mentiras y no decir nada?".

El Dr. Ryan Cole **explica que la inmunidad natural produce una inmunidad amplia que no se puede igualar con la "vacuna"**:

"***Una infección natural induce cientos y cientos de anticuerpos contra todas las proteínas del virus, incluyendo la envoltura, membrana, nucleocápside y Spike. Docenas y docenas de estos anticuerpos neutralizan el virus cuando se encuentran de nuevo. Además, debido a la exposición del sistema inmunológico a estas proteínas (epítomas), nuestras células T también montan una memoria sólida. Nuestras células T son las "defensas" del sistema inmunológico y la primera línea de defensa contra los patógenos. La memoria de las células T para las personas infectadas con SARS-CoV-1 es de 17 años y aún funciona***".

De acuerdo con Cole, parte de la razón de la disminución de la teórica inmunidad inducida por la "vacuna" se debe a que "generamos una respuesta de anticuerpos solo a la proteína spike y sus proteínas constituyentes" y "como el virus muta de forma preferente en la proteína spike, estas proteínas tienen una forma diferente y los anticuerpos ya no se pueden unir de manera eficiente a estas nuevas formas".

El Dr. Michael Segal, neurólogo y neurocientífico, explicó en un artículo reciente publicado por el Wall Street Journal por qué las personas "vacunadas" contra el coronavirus todavía contraen y propagan la enfermedad a un ritmo elevado. ***Las "vacunas" solo estimulan teóricamente la inmunidad interna pero no hacen nada para abordar la inmunidad de las mucosas***. La inmunidad interna protege el interior del cuerpo, mientras que la inmunidad de las mucosas

proporciona la primera línea de defensa al proteger la nariz y la boca y, al hacerlo, también reduce la propagación a otras personas.

Todas las "vacunas" Covid-19 "son en gran medida ineficaces para estimular la secreción de una forma particular de anticuerpos llamada inmunoglobulina (IgA) en la nariz que ocurre después de la infección real con un virus". Mientras tanto, ***aquellos que contrajeron la enfermedad y se recuperaron de ella tienen inmunidad tanto interna como mucosa***. Tienen lo que ellos llaman inmunidad natural contra la enfermedad.

La última encuesta de serología realizada por el Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR) encontró que al menos dos de cada tres personas en la India tienen anticuerpos contra el coronavirus (Covid-19), o inmunidad natural, contra la enfermedad. La encuesta llamada estudio de seroprevalencia incluyó a 36 227 personas de 70 distritos en 21 estados de la India. Encontró que **el 62% de los indios no "vacunados" tienen anticuerpos**, lo que indica una exposición pasada al virus. En general, el 67.6% de los indios tienen anticuerpos, ya sea, supuestamente, adquiridos en la campaña de "vacunación" o en infecciones pasadas.

Algunos expertos recomiendan ahora que se permita que el virus circule por toda la población, tomando precauciones para las personas vulnerables. "No tenemos nada que detenga la transmisión, así que creo que estamos en una situación en la que **la inmunidad colectiva no es una posibilidad con estas "vacunas"** y sospecho que **el virus arrojará una nueva variante que es aún mejor para infectar a las personas vacunadas**", dijo Andrew Pollard, director del Grupo de Vacunas de Oxford en un panel parlamentario el mes pasado. Argumentó que si no se detuvieran las pruebas masivas, "el Reino Unido podría estar en una situación de vacunación continua de la población". Dijo que **solo aquellos con síntomas deberían hacerse la prueba, mientras que otros deberían seguir con su vida diaria**.

El epidemiólogo estatal de Islandia expresó sentimientos similares:

"Realmente no podemos hacer otra cosa que permitir que el virus siga su curso para que la población logre la inmunidad colectiva", dijo Porolfur Gudnason.

"Tenemos que intentar proteger mejor a los vulnerables, pero toleremos la infección. **Ahora no es una prioridad "vacunar" a todos con la tercera dosis**".

La inmunidad natural no solo confiere una protección robusta, duradera y de alto nivel contra el Covid, sino que también brinda una mejor protección que la inmunidad inducida por "vacunas". Sin embargo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están ignorando la ciencia de larga data de la inmunidad natural cuando se trata del Covid, al mismo tiempo que reconocen los beneficios de la inmunidad natural para otras enfermedades, según un experto que acusó a la agencia de proporcionar información contradictoria y mensajes Covid 'ilógicos'. El Dr. Marty Makary,

profesor de cirugía y políticas de salud en la Universidad John Hopkins, acusó a los CDC de "seleccionar" datos y manipular las directrices de salud pública en torno a las "vacunas" y la inmunidad natural para respaldar una narrativa política. Según un artículo del 13 de septiembre en The BMJ, cuando comenzó el lanzamiento de la "vacuna" Covid a mediados de diciembre de 2020, más de una cuarta parte de los estadounidenses (91 millones) habían sido infectados con SARS-CoV-2, según estimaciones de los CDC. En mayo de este año, esa proporción había aumentado a más de un tercio de la población, incluido el 44% de los adultos de entre 18 y 59 años. Sin embargo, en junio, una encuesta de la Kaiser Family Foundation encontró que el 57% de las personas previamente infectadas se "vacunaron".

Según el Dr. Steven Pelech, profesor de inmunología de la Universidad de Columbia Británica, Canadá: "***Este concepto de que la inmunidad inducida por la 'vacuna' es superior en cualquier forma a la inmunidad natural es una auténtica tontería***. Cualquiera que diga esto debería consultar un libro de texto de inmunología de primer año. Ahora sabemos que ***para estas 'vacunas' Covid que usan el ARN o que usan el adenovirus para la administración, la inmunidad no dura***. ***Incluso con las "vacunas" dobles de refuerzo en Israel, vemos que el 90% de las personas que están hospitalizadas en Israel están doblemente 'vacunadas'***".

El epidemiólogo Dr. Paul Elias Alexander, publicó un artículo para el Brownstone Institute con una lista de 132 estudios de investigación sobre la inmunidad natural a Covid, señalando: "Los funcionarios de salud pública y el establecimiento médico con la ayuda de los medios politizados están engañando al público con afirmaciones de que las inyecciones antiCovid-19 brindan mayor protección que la inmunidad natural. La directora de los CDC, Rochelle Walensky, por ejemplo, engañó en su declaración de LANCET publicada en octubre de 2020 diciendo que "no hay evidencia de una inmunidad protectora duradera contra el SARS-CoV-2 después de una infección natural" y que "la consecuencia de la inmunidad menguante presentaría un riesgo para poblaciones vulnerables para el futuro indefinido".

La protección generada por la infección ha demostrado ser duradera y amplia. Si los gobiernos no se hubieran apresurado a sacar las "vacunas" y hubieran exigido seis meses de seguimiento en lugar de dos, las "vacunas" no se habrían aprobado debido a ***la severa disminución inmediata de la supuesta inmunidad al caer instantáneamente la supuesta eficacia tras la inoculación, llegando a ser negativa*** (como veremos más adelante).

Además, ***las "vacunas" Covid no reducen la transmisión*** como señala Alexander en su artículo. No se trata de una pandemia de no "vacunados" como han afirmado los políticos. La nación ***más "vacunada" del planeta está experimentando un gran brote y las muertes y hospitalizaciones entre los "vacunados" están*** aumentando.

De hecho, de los cinco condados principales que tienen el porcentaje más alto de población completamente "vacunada" (99.9–84.3%), los Centros para el Control

y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. Identifican cuatro de ellos como condados de “alta” transmisión.

Según el experto en vacunas Shabir Mahdi de la Universidad de Witwatersrand, quien, según The Guardian, ha dirigido ensayos de vacunas en Sudáfrica, ***la razón por la que los infectados con Ómicron en Sudáfrica experimentan síntomas en su mayoría leves es que muchos sudafricanos han vivido a través de infecciones previas***.

Mahdi fue entrevistado por el Centro de Coordinación de Crisis de Salud Global, y eligió destacar los resultados de una encuesta de seropositividad completada recientemente en Sudáfrica que mostró que alrededor del 72% de la población se ha recuperado de una infección por Covid en algún momento en el pasado.

Aunque Ómicron parece ser mucho más infecciosa que Delta, y también más capaz de evadir la protección de anticuerpos que las cepas predominantes anteriores, dijo, algo más que la protección de anticuerpos parece funcionar cuando uno considera las bajas tasas de hospitalización y mortalidad que está viendo.

"***En Sudáfrica, gran parte de la inmunidad que existe actualmente se debe en gran parte a la infección previa que ha tenido lugar durante las tres primeras oleadas***", dijo Mahdi. "Nos dice que algo está en juego cuando la gran fuerza de las infecciones con Ómicron no se está materializando en términos de enfermedades graves y muertes en grandes cantidades".

Lo que Mahdi postuló como "algo en juego" fue la actividad de las células T para proteger contra enfermedades más graves. En otras palabras: ***la inmunidad natural es muy superior a la “inmunidad inducida por vacunas”***, algo que han demostrado numerosos estudios.

A estas alturas, a casi dos años de haber iniciado esta “pandemia”, una buena parte de la población mundial ya ha sido expuesta al virus (recuerden que los datos nos dicen que es un supuesto virus muy poco letal) lo que implica que ***una buena parte de la población ya cuenta con inmunidad generada de forma natural contra el virus***. ***Y esta inmunidad tiene alta efectividad y es muy segura***. Tan alta efectividad que ***es realmente infrecuente que una persona que ya se infectó/enfermó vuelva a enfermar (incluso si se infecta con una nueva variante: hay que recordar que la inmunidad generada por una infección nos permite reconocer muchas diversas proteínas del virus, incluso las que no mutan, así que incluso estamos protegidos contra nuevas variantes***).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) admiten **que no hay registro de una sola persona no “vacunada” que haya propagado la Covid-19 después de recuperarse de una supuesta infección**.

Si comparamos la inmunidad natural tras pasar la enfermedad, con la que puedes obtener tras la inoculación de las "vacunas"; siempre es mejor la inmunidad natural, justamente eso, es lo que teóricamente consiguen los tratamientos alternativos, evitando la mortalidad (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17), además, ***los infectados Covid no transmiten el virus al pasar la enfermedad*** (1) (2), ***cosa que sí parece que sucede con los "vacunados", de hecho, con estas "vacunas", no se alcanzará la inmunidad de grupo*** (1) (2) (3), reconocido hasta por el inmunólogo jefe de Islandia, Þórólfur Guðnason o por el señor Andrew Pollard, director del Centro de Vacunas de Oxford y padre de la "vacuna" de Oxford; ***los "vacunados" infectados, se convierten en un peligro para los no "vacunados" y para otros "vacunados"*** (1) (2) (3); ***son capaces, incluso, de propagar la variante Delta***, supuestamente tan peligrosa (1) (2), lo cual, incluso ha sido reconocido por el propio Fauci.

Como ha quedado sobradamente demostrado, la inmunidad natural es superior a la inmunidad inducida por la "vacunación" porque incluye las defensas inmunitarias innatas, así como la inmunidad específica que se dirige a múltiples partes del virus y no solo a la proteína de pico dirigida por la "inmunidad" inducida por la "vacuna". *Por tanto, el dogma del discurso oficial que dice que las "vacunas" "inmunizan" y que dicha "inmunización" es la única duradera, es también completamente erróneo (más adelante, demostraré que dichas "vacunas" no son efectivas y, por tanto, no "inmunizan"). La existencia de tratamientos que han mostrado una efectividad muy superior a la de los sueros experimentales y la baja tasa de mortalidad de la enfermedad, convierten además, a esos sueros, en innecesarios*.

"Vacunación" de personas con inmunidad adquirida por infección previa

Según un cirujano cardíaco, las proteínas virales pueden permanecer de una infección previa por Covid, especialmente en los vasos sanguíneos, los pulmones y el cerebro. Ese científico, el Dr. Hooman Noorchashm, cirujano cardíaco y defensor del paciente, advirtió a la FDA que ***la detección previa de proteínas virales del SARS-CoV-2 puede reducir el riesgo de lesiones y muertes después de la "vacunación", ya que la "vacuna" puede desencadenar una respuesta inmunitaria adversa en aquellos que ya han sido infectados con el virus***.

Nuestro sistema inmunológico está diseñado para funcionar en respuesta a la exposición a un agente infeccioso. Al recuperarse, normalmente es inmune a ese agente infeccioso. Ésta es la razón por la que, por ejemplo, se permite la prueba de un diagnóstico previo de varicela, sarampión y paperas en lugar de la vacunación en la mayoría de las escuelas públicas de Estados Unidos: una vez que ha tenido la enfermedad y se ha recuperado, es inmune.

Noorchashm ha escrito varias cartas a la FDA, advirtiéndoles que ***las personas deben someterse a pruebas de detección de proteínas virales del SARS-CoV-2 antes de la "vacunación" contra la Covid-19***. Sin dicha evaluación,

escribió en una carta a la FDA, "***esta 'vacunación' indiscriminada es un peligro claro y presente para un subconjunto de los ya infectados***".

Describe el caso de Benjamin Goodman, de 32 años, de Nueva York, quien murió al día siguiente de recibir la "vacuna" contra la Covid-19 de Johnson & Johnson . "***Habrá muchos más a medida que 'vacunamos' sin cuidado e indiscriminadamente a los ya infectados***, millones por día… Es casi una certeza", continuó. ***El problema son los antígenos virales que permanecen en el cuerpo después de que una persona se infecta naturalmente***.

La respuesta inmune reactivada por la "vacuna" Covid-19 puede desencadenar ***inflamación en los tejidos donde están presentes los antígenos virales. El revestimiento interno de los vasos sanguíneos, los pulmones y el cerebro pueden estar particularmente en*** riesgo ***de tal inflamación y daño***.

Según Noorchashm:

"***Lo más pertinente es que, cuando los antígenos virales están presentes en el endotelio vascular, y especialmente en ancianos y frágiles con enfermedades cardiovasculares, es casi seguro que la respuesta inmunitaria específica del antígeno provocada por la 'vacuna' dañará el endotelio vascular.***

Tal inflamación endotelial dirigida por la 'vacuna' seguramente causará la formación de coágulos sanguíneos con el potencial de complicaciones tromboembólicas importantes, al menos en un subgrupo de tales pacientes".

Además, Noorchashm cita a uno de sus profesores anteriores de la escuela de medicina, quien dijo: "los ojos no ven lo que la mente no sabe". ***En el caso de una respuesta inmunitaria específica de antígeno inducida por la "vacuna", que puede*** desencadenar ***complicaciones tromboembólicas entre 10 y 20 días después de la "vacunación", incluso en personas de edad avanzada y frágiles, es poco probable que la reacción se*** registre ***como un acontecimiento adverso relacionada con la "vacuna"***.

En sus repetidas cartas a la FDA, Noorchashm sugiere que la FDA "inmediatamente y como mínimo" ***retrase la "vacunación" contra la Covid-19 para las personas con infecciones sintomáticas o asintomáticas de Covid-19, así como para aquellas que se han recuperado recientemente del virus***.

Debido a que tantos casos son supuestamente asintomáticos, recomienda a los médicos "***evaluar activamente tantos pacientes con alto riesgo cardiovascular como sea razonablemente posible, para detectar la presencia de SARS-CoV-2, antes de 'vacunarlos'***"

El Dr. Richard Urso, MD señala los peligros de inyectar a los inmunes naturales en el siguiente vídeo. El problema son los antígenos virales que permanecen en su cuerpo después de una infección natural. ***La respuesta inmunológica reactivada por la "vacuna" para la Covid-19 puede causar inflamación en tejidos donde están los antígenos virales***. ***El revestimiento interno de los vasos sanguíneos, pulmones y cerebro podría estar en*** riesgo ***de sufrir inflamación y daño***. Los investigadores explicaron en Lancet Infectious Diseases:

"Algunas personas que se han recuperado de la Covid-19 posiblemente no obtengan ningún beneficio de la 'vacuna' antiCovid-19. De hecho, un estudio descubrió que la Covid-19 se relacionó con una mayor cantidad de eventos adversos después de recibir la 'vacuna' de ARNm Comirnaty BNT162b2 (Pfizer-BioNTech)".

El artículo expone los mandatos de "vacunación" obligatoria que muchos países, como Inglaterra, impusieron a los trabajadores de la salud, donde aquellos médicos, enfermeras y paramédicos que no deseaban "vacunarse" se enfrentaron a despidos injustificados de sus puestos de trabajo por ser considerados "un peligro" para la salud de otros. Esto lo han hecho a pesar de que ***las inoculaciones no detienen la infección ni la transmisión, y a pesar de que la mayoría de los médicos, enfermeras y paramédicos ya se enfrentó de manera natural al virus SARS-CoV-2***.

En el artículo plantea que: "En primer lugar, está bien establecido que ***para virus de ARN de una sola cadena, como el virus de la Influenza o el supuesto SARS-CoV-2, la inmunidad generada de forma natural luego de una infección provee de mejor protección que la 'vacunación'"***. También indica el artículo que: "Esto se ha demostrado para SARS-CoV-2; en un estudio, ***los individuos que fueron expuestos a la infección natural fueron 10 veces menos dados a ser reinfectados comparado con individuos "vacunados" que no habían sido infectados (tasa de riesgo estimada 0·02, 95% CI 0·01–0·04 para infección previa vs. 0·26, 0·24–0·28 para 'vacunación'). Los individuos expuestos a la infección natural también eran menos dados de ser admitidos al hospital como consecuencia de una reinfección con Covid-19***".

Posteriormente, el artículo describe la razón por ***la que una persona que cuenta con inmunidad generada post-infección es mucho menos probable de transmitir el virus que una persona protegida con cualquiera de las inoculaciones autorizadas. Esto se debe a que las inoculaciones no desencadenan respuestas inmunes protectoras en las mucosas, a diferencia de lo que ocurre en una infección natural, por lo que no tiene sentido exigir la inoculación como condición para trabajar***.

Por último, el artículo, aborda el concepto de "inmunidad híbrida" que se obtiene de la infección más la "vacunación" al "incrementar los niveles de anticuerpos y de linfocitos T, ***un concepto absolutamente inventado, que carece de ningún estudio de largo plazo que muestre una correlación clínicamente relevante***. El concepto suele ser "usado" como argumento a favor de la

"vacunación" en personas que ya cuentan con inmunidad post-infección, pero ***un número creciente de estudios ha mostrado que no se obtiene ningún beneficio adicional de la "vacunación" en personas que cuentan con inmunidad natural que la protección que ofrece la inmunidad natural post-infección***.

Para quienes siguen esperando más evidencia científica ha salido un estudio (aún no revisado por pares) escrito por Lind y colaboradores. El estudio tuvo como objetivo estimar la efectividad de la "vacunación" primaria (dos dosis) y la "vacunación" de refuerzo contra la supuesta variante Ómicron en personas que se habían infectado antes de SARS-CoV-2 y en personas que no tenían esta protección inmune. A pesar de que algunos de los autores han recibido financiación de dos farmacéuticas (Merck y Regeneron, como indican hacia el final del artículo; concluyen que ***la tercera dosis de una "vacuna" de ARNm (solo evaluaron esa plataforma "vacunal"), ya sea Pfizer o Moderna, no confiere protección contra la variante Ómicron de SARS-CoV-2 "a personas que habían tenido una infección previa"*** (esto lo sabemos, la inmunidad que generamos de forma natural durante una infección con SARS-CoV-2 es la que nos protege contra esta variante y muchas otras, ya que reconoce a mucho más que a la proteína Spike, y dura por mucho tiempo).

Su estudio examinó a casi 130 000 personas "vacunadas" que fueron positivas a la prueba de detección de SARS-CoV-2 entre noviembre 2021 y enero 2022, y este número incluyó a 10 676 personas con infección de Ómicron (es decir, al menos 8.2% de infección en personas "vacunadas" en este estudio). Ver la figura 3, donde queda en relieve ***la efectividad de la "vacuna", que es en prácticamente todos los casos de menos del 50% (de acuerdo a la OMS, la mínima efectividad de una vacuna para ser autorizada y usarse es de*** 50%). ¿Tendrá la OMS que volver a leer sus propios criterios?

Cabe señalar que el estudio tiene algunos problemas de diseño y limitaciones. Por un lado, no hicieron estratificaciones por edad (eso importa, porque sabemos que la probabilidad de infectarte y enfermarte es diferente entre grupos etarios) e incluyeron a personas desde los 5 años de edad. También tomaron como criterio diagnóstico (para un gen del virus) 40 ciclos en la PCR (de lo cual ya hemos hablado en este informe).

En su conclusión, ***los autores*** indican ***que tomar en cuenta la infección previa de una persona es importante antes de proponerle refuerzos***. Solamente tardaron 16 meses en darse cuenta de esto que había sido dicho por muchos: más allá del hecho de los problemas de seguridad y baja efectividad, no tenía sentido "vacunar" a personas que ya tenían inmunidad.

Seroconversión

Relacionada con la inmunidad contra el supuesto virus, hay una pregunta que frecuentemente se suele plantear:

¿**Los inoculados que se infectan también adquieren inmunidad natural**?

La respuesta a esta pregunta es NO. Eso es lo que nos dice una publicación. A modo de resumen diré que las "vacunas" ni comen ni dejan comer. ***Ni inmunizan a los inoculados, ni permiten que adquieran la inmunidad derivada de una infección posterior a la "vacunación"***. Dicha publicación, además, echa por tierra la idea, hasta ahora incuestionable, de que la disminución de la seroconversión en los "vacunados" se debe a que la infección es menos grave en esta población, lo que constituye un beneficio proporcionado por la "vacuna". La disminución de las tasas de conversión no es resultado de un beneficio de la "vacuna". Es una consecuencia de ello.

El estudio sugiere que ***los receptores de la "vacuna" Covid-19 de Moderna pueden ser más propensos a sufrir infecciones repetidas, quizá de forma indefinida***.

El estudio, aún en fase de preimpresión, descubrió que los participantes en el ensayo con adultos de Moderna que recibieron la "vacuna", y que posteriormente se expusieron al virus, ***no*** generaron ***anticuerpos contra un componente clave del virus con la misma frecuencia que los del grupo de placebo***.

Los hallazgos de los autores, que son corroborados por los datos del Reino Unido que demuestran ***que las tasas de infección son significativamente más altas entre los "vacunados"***, ***sugieren que Moderna*** conocía ***esta señal de seguridad en 2020 cuando el fabricante de la "vacuna" estaba llevando a cabo sus ensayos***.

Los autores escribieron:

"Entre los participantes con enfermedad Covid-19 confirmada por PCR, la seroconversión a Abs anti-N en una mediana de seguimiento de 53 días tras el diagnóstico se produjo en 21/52 (40%) de los receptores de la 'vacuna' mRNA-1273 frente a 605/648 (93%) de los receptores de placebo ($p < 0.001$)".

Descubrieron que utilizar ***la presencia de anticuerpos antinucleocápside (anti-N) para determinar si una persona estuvo expuesta al SARS-CoV-2 pasará por alto algunas infecciones. Por lo tanto, la sensibilidad de este tipo de prueba, cuando se aplica a individuos "vacunados",*** no es ideal.

Sin embargo, hay implicaciones más importantes de estos hallazgos, como se apresuraron a reconocer Igor Chudov y otros.

En concreto, el estudio implica que ***la capacidad reducida de un individuo "vacunado" para producir anticuerpos contra otras partes del virus puede conducir a un mayor riesgo de futuras infecciones en los "vacunados" en comparación con los no "vacunados"***.

Se trata de pruebas que sugieren que ***ni siquiera después de que una persona "vacunada" haya sufrido una infección por fallo de la "vacunación", ese individuo llega a desarrollar el mismo nivel de***

protección frente a las exposiciones posteriores comparada con la que tiene una persona no "vacunada".

Este estudio también descubrió que, ***con cualquier carga viral, los no "vacunados" producían una mayor respuesta anti-N que los "vacunados***".

No se trata de un hallazgo espurio. La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido publica datos semanales de vigilancia y controla los niveles de anticuerpos anti-N en sus donantes de sangre. Observaron ***que los niveles de estos anticuerpos eran más bajos en los individuos "vacunados" que sufrían infecciones de por fallo de la "vacunación"***.

Según un informe del 22 de marzo de la agencia británica:

"Estas respuestas anti N más bajas en individuos con infecciones por fallo de la 'vacunación' (post-'vacunación') en comparación con las infecciones primarias probablemente reflejan las infecciones más cortas y más leves en estos pacientes".

Los "vacunados" tienen una tasa de conversión de anticuerpos anti-N inferior ***a la de los no "vacunados" en todos los niveles de carga viral***. Este es uno de los hallazgos más significativos del estudio, ya que ***echa por tierra la idea, hasta ahora incuestionable, de que la disminución de la seroconversión en los "vacunados" se*** debe ***a que la infección es menos grave en esta población, lo que constituye un beneficio proporcionado por la "vacuna"***.

Este estudio muestra que, ***incluso con cargas virales bajas, los no "vacunados" tienen más probabilidades de seroconvertirse que los "vacunados"***. De hecho, ***la diferencia en las tasas de seroconversión es*** mayor ***en las cargas virales más bajas. La disminución de las tasas de conversión no es resultado de un beneficio de la "vacuna". Es una*** consecuencia ***de ello***.

Los autores también descubrieron otro hallazgo importante: ***Los participantes en el ensayo Moderna que eran positivos a la PCR y seronegativos al inicio, antes de la inoculación con la "vacuna" o el placebo, acabaron seroconvirtiendo por*** igual, ***independientemente de si recibieron la "vacuna" o el placebo***. Esto también fue cierto en los participantes que recibieron sólo una dosis.

Esto significa que ***el estado de "vacunación" en el momento de la exposición es predictivo de la tasa de seroconversión en el futuro, y el efecto es dependiente de la dosis***.

Todavía no se ha determinado si la seroconversión da lugar a una inmunidad más sólida. Sin embargo, los datos del Reino Unido y de otros países sugieren que ***las tasas de conversión más bajas pueden explicar por qué las tasas de infección son más altas en su población "vacunada"***.

Los autores advierten además que los no "vacunados" pueden haber contraído la Covid-19 antes del periodo de observación, es decir, pueden haber adquirido inmunidad natural previamente, lo que les da una protección adicional. Sus datos apoyan la conclusión de que ***la disminución de las tasas de seroconversión en los "vacunados" puede estar causando un mayor riesgo de infecciones repetidas***.

¿Cuántas personas han estado ya expuestas o infectadas?

El 29 de abril, los CDC publicaron su último Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad ("Morbidity and Mortality Weekly Report", MMWR por sus siglas en inglés), titulado "Seroprevalencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 inducidos por la infección – Estados Unidos, septiembre de 2021-febrero de 2022" ("Seroprevalence of Infection-Induced SARS-CoV-2 Antibodies — United States, September 2021–February 2022").

En su informe, los CDC calculan el porcentaje de la población que se ha infectado previamente con el SRAS-CoV-2. La agencia lo determinó mediante un estudio de seroprevalencia que buscaba anticuerpos anti-N en el suero recogido de más de 45 000 personas de 52 jurisdicciones diferentes.

Basándose en el porcentaje de anticuerpos anti-N en las muestras de suero, se estima que ***el 57.7% de la población estadounidense ha estado expuesta al SARS-CoV-2 hasta febrero***.

Sin embargo, esta estimación no tiene en cuenta el hecho de que ***los "vacunados" no se seroconvierten al mismo ritmo que los no "vacunados"***.

Este porcentaje es significativamente mayor que los casos de Covid-19 que se han notificado hasta la fecha. A fecha de 24 de abril, había aproximadamente 70.5 millones de casos, lo que supone sólo el 21.4% de la población (estimada en 330 millones).

La razón de esta diferencia es que los estudios de seroprevalencia recogerán todos los casos y exposiciones, incluso en los asintomáticos. En ese sentido, los estudios de seroprevalencia ofrecerán una estimación más precisa de la parte de la población que ha estado expuesta.

En particular, la seroprevalencia varió significativamente entre los grupos de edad: el 75.2% de los sueros de los niños de 0 a 11 años fueron positivos para los anticuerpos anti-N, en comparación con el 33.2% de las personas de 65 años o más.

Los CDC no informaron sobre la seroprevalencia por estado de "vacunación". En cambio, la agencia reconoció que sus hallazgos "podrían subestimar el número acumulado de infecciones por SARS-CoV-2 porque ***las infecciones después de la 'vacunación' podrían dar lugar a títulos anti-N más bajos***".

Curiosamente, los autores de los CDC citaron el mismo estudio preimpreso comentado anteriormente para explicar esta posibilidad.

¿Qué significa esto para los niños?

Aunque los CDC decidieron no informar sobre las tasas de seroconversión en los "vacunados" frente a los no "vacunados", podemos hacer algunas estimaciones razonables e importantes a partir de este informe semanal, basándonos en nuestro reciente conocimiento de las tasas de seroconversión en los "vacunados".

Como se ha indicado anteriormente, los CDC informaron de que las muestras de suero extraídas de niños de 11 años o menos dieron positivo en los anticuerpos anti-N en el 75.2% de las ocasiones.

Una pregunta central es, ¿qué parte de las muestras seropositivas eran de los no "vacunados"?

Aunque la FDA no considera que la seropositividad sea un sustituto de la inmunidad, ***saber si un niño ha estado o no expuesto al SARS-CoV-2 será útil a la hora de sopesar el riesgo frente al beneficio de la "vacunación"***.

La aceptación de la "vacuna" es sólo del 28.6% en las edades de 5 a 11 años. Los niños menores de 5 años no pueden recibir "vacunas". Si asumimos que pocos niños menores de 5 años, si es que alguno, recibieron la "vacuna" Covid-19, sólo el 16.4% de los niños menores de 12 años han sido "vacunados" según los datos de la población en ese grupo de edad.

Si el 16.4% de los niños menores de 12 años han sido "vacunados", los no "vacunados" superan a los "vacunados" en aproximadamente 5 a 1. Si los "vacunados" se seroconvierten con la misma frecuencia que los no "vacunados", esperaríamos que una sexta parte de los seropositivos procedieran de los "vacunados" y cinco sextas partes de los no "vacunados".

Sin embargo, los datos del ensayo Moderna demuestran que los "vacunados" sólo se convierten el 40% de las veces, frente al 93% de los no "vacunados". Los "vacunados" seroconvierten (40/93) = 0.43 veces con respecto a los no "vacunados".

Podemos decir entonces que la relación entre seropositivos "vacunados" y seropositivos no "vacunados" es de 0.43 a 5, es decir, de 1 a 11.63. Esto significa que 1/12.63, es decir, el 7.9% de los seropositivos son de niños "vacunados".

El 92.1% restante (11.63/12.63) procede de niños no "vacunados".

Por lo tanto, si el 75.2% de los sueros de los niños son positivos para los anticuerpos anti-N, el 68.4% (75.2% x 0.921) de los niños no "vacunados" ya se han seroconvertido.

Podemos afirmar por tanto, que una proporción considerable de niños no "vacunados" ya han estado expuestos al SARS-CoV-2 y con los riesgos conocidos de eventos adversos que ahora incluyen una capacidad reducida de generar anticuerpos anti-N después de la exposición, no hay justificación para exigir o incluso recomendar la "vacuna" a los niños sin evaluar primero sus niveles de anticuerpos.

Aunque la FDA sigue manteniendo que los niveles de anticuerpos no son necesariamente indicativos de inmunidad, no obstante, concedió la autorización de uso de emergencia (EUA) para el producto de Pfizer en niños de 5 a 11 años de edad, basándose en las respuestas de anticuerpos tras la "vacunación".

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)).

"VACUNAS"

Existe en la sociedad (no en los medios de comunicación), un debate sobre la peligrosidad y al mismo tiempo sobre la eficacia de este tipo de preparados experimentales. Es evidente que la sustancia a la que se insiste en llamar "vacunas" son sueros que no han superado la fase de experimentación clínica y que no han sido autorizados como medicamento por ningún organismo regulador. Vamos a demostrar que ni son seguras, ni son efectivas:

El Dr. Paul Elias Alexander y el Dr. Howard Tenenbaum consideran que para ser una "vacuna", se deben cumplir varios criterios:

1) La inyección debe proporcionarle inmunidad de anticuerpos contra un patógeno (virus o bacteria).

2) Deberá demostrarse que los anticuerpos producidos después de la inyección confieren protección contra ese virus o bacteria.

3) La inyección debe demostrar que reduce las hospitalizaciones o muertes por el patógeno.

4) La inyección debe demostrar que reduce los síntomas graves del patógeno.

5) La inyección debe demostrar que le impide portar el patógeno.

6) La inyección debe demostrar que detiene la transmisión del patógeno de una persona a otras.

Tipos de "vacunas"

Los principales tipos de "vacunas" contra la Covid-19, son (1) (2) (3):

- *"Vacunas" de ARN mensajero (ARNm)*. Este tipo de "vacuna" usa ARNm genéticamente modificado para brindarle a tus células

instrucciones sobre cómo producir la proteína S que se encuentra en la superficie del virus de la Covid-19. Después de la "vacunación", tus células inmunitarias comienzan a producir las partes de la proteína S y a mostrarlas en la superficie de las células. Esto hace que el organismo produzca anticuerpos. Una vez que envía las instrucciones, supuestamente el ARNm se degrada inmediatamente. Teóricamente, nunca ingresa al núcleo de las células, donde se almacena tu ADN. Tanto la "vacuna" contra la Covid-19 de Pfizer-BioNTech como la de Moderna, utilizan ARNm.

- *"Vacunas" basada en un vector*. En este tipo de "vacuna", el material genético del virus de la Covid-19 se coloca en una versión modificada de otro virus (vector viral). Cuando el vector viral ingresa en las células, entrega el material genético del virus de la Covid-19 que brinda instrucciones a las células para hacer copias de la proteína S. Una vez que las células muestran las proteínas S en su superficie, el sistema inmunitario responde mediante la creación de anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. Si más adelante te infectas con el virus de la Covid-19, los anticuerpos combatirán el virus. La "vacuna" Janssen de Johnson & Johnson y la de AstraZeneca y la Universidad de Oxford, se incluyen en este grupo.

- *"Vacunas" de subunidades proteica*s. Solo incluyen las partes de un virus que mejor estimulan al sistema inmunitario. Este tipo de "vacuna" contra la Covid-19 contiene proteínas S. Una vez que el sistema inmunitario reconoce las proteínas S, crea anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. La "vacuna" de Novavax, pertenece a este grupo.

- *"Vacunas" con virus inactivados o atenuados*. Utilizan un virus previamente inactivado o atenuado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aún así genera una respuesta inmunitaria. La "vacuna" Sinovac, pertenece a este grupo.

- *"Vacunas" que utilizan ADN en su estrategia*. El ácido nucleico penetra y se inserta en las células humanas, que producirán copias de la proteína viral (generalmente, la proteína S), es decir, utilizan ADN que codifica la proteína de la espiga del SARS-CoV-2. A este grupo pertenece la "vacuna" de Zydus Cadila (India) (ZyCoV-D).

Ciencia en las "vacunas"de ARNm

En lo que se refiere a los sueros que utilizan el ARNm, los más novedosos, en teoría, una vez que el ARNm mensajero ha penetrado en el citoplasma de una célula del paciente "vacunado", se traduce por el ribosomas, que fabrican la proteína objetivo que luego se someterá a un proceso de plegado postraduccional que permitirá la formación de una proteína tridimensional completamente funcional. El ARNm "vacunas" de Moderna (mRNA-1273) y de Pfizer / BioNTech (BNT162b2) codifica la proteína pico SARS-CoV-2 responsable de unión al receptor ACE2, responsable en última instancia de la entrada del virus en las células. En estudios preclínicos, supuestamente, se observó que anticuerpos producidos después de la "vacunación" que se unen a la proteína de pico,

principalmente su dominio de unión al receptor, neutralizan el virus evitando que se una al receptor ACE2 en las células diana.

Existen dos tipos de "vacunas" de ARNm: autorreplicantes (también llamadas auto- amplificado) y no replicantes. Las "vacunas" comercializadas por Pfizer y Moderna son del tipo que no se replica. Éste es el tipo más simple y consta de una cadena de ARNm, que está empaquetado y que es inoculado en el cuerpo. Penetrará en nuestras células para producir el antígeno (proteína de pico del SARS-CoV-2) que estimulará nuestra sistema inmunitario. Las vacunas de ARNm autorreplicantes, incluyen no sólo la secuencia genética del antígeno requerido, sino también la maquinaria de replicación de ARN necesaria para que el ARNm se amplifique un mayor número de veces una vez que penetra en el citoplasma celular, asegurando una mayor producción de antígenos, por la célula afectada. Este tipo de "vacuna" produce una mayor cantidad de antígeno que teóricamente ayuda a lograr una mayor respuesta inmune en forma de anticuerpos neutralizantes.

En ambos tipos de "vacunas", el ARNm está envuelto en una cápsula protectora, como nanopartículas de lípidos, que lo protegerán de su rápida degradación a medida que viaja a través de nuestro cuerpo y permite su eficiente penetración a través de la membrana celular externa.

Visión general

Muchos aspectos de la Covid-19 y el desarrollo posterior de la "vacuna" no tienen precedentes para una vacuna implementada para su uso en la población general. Algunos de estos aspectos incluyen lo siguiente:

1. Primera en usar PEG (polietilenglicol) en una inyección.

2. Utilizar la tecnología de la "vacuna" de ARNm contra un agente infeccioso.

3. Es la primera vez que Moderna lanza un producto al mercado.

4. Primera vez que los funcionarios de salud pública les digan a los que reciben la "vacuna" que esperen una reacción adversa.

5. Primera vez en implementarse públicamente con nada más que datos preliminares de eficacia.

6. Primera vez que una "vacuna" no hace afirmaciones claras sobre la reducción de infecciones, transmisibilidad o muertes.

7. Primera "vacuna" contra el coronavirus jamás probada en humanos.

8. Primera inyección de polinucleótidos modificados genéticamente en la población general.

La confluencia de estos eventos sin precedentes ha llevado rápidamente a la conciencia pública sobre la promesa y el potencial de las "vacunas" de ARNm como una nueva arma contra las enfermedades infecciosas en el futuro. Al mismo tiempo, ***los eventos sin precedentes*** carecen***, por definición, de una historia y un contexto contra los cuales evaluar plenamente los riesgos, los beneficios esperados, la seguridad y la viabilidad a largo plazo como una contribución positiva a la salud pública***.

Hay muchas razones y muy variadas para desconfiar de unas "vacunas" contra la Covid-19 que se lanzaron al mercado con una evaluación extremadamente inadecuada y se promocionaron agresivamente entre un público desinformado, con un gran potencial de consecuencias negativas enormes e irreversibles.

Estas "vacunas" sin precedentes normalmente tardan 12 años en desarrollarse, con una tasa de éxito de solo el 2%, pero estas "vacunas" se desarrollaron y lanzaron al mercado en menos de un año. Como consecuencia, no tenemos conocimiento directo de los efectos que las "vacunas" puedan tener sobre nuestra salud a largo plazo. Sin embargo, el conocimiento sobre cómo funcionan estas vacunas, cómo funciona el sistema inmunitario y cómo se producen las enfermedades neurodegenerativas puede influir en el problema para predecir posibles consecuencias futuras devastadoras de las "vacunas". El ARNm de estas "vacunas" codifica la proteína espiga que normalmente sintetiza el virus SARS-CoV-2. Sin embargo, ***tanto el ARNm como la proteína que produce se han cambiado de la versión original en el virus con la intención de aumentar la tasa de producción de la proteína en una célula infectada y la durabilidad tanto del ARNm como de la proteína de pico que codifica***. ***Los ingredientes adicionales como los lípidos catiónicos y el polietilenglicol también son*** tóxicos ***con consecuencias desconocidas***. ***Las "vacunas" fueron aprobadas para uso de emergencia sobre la base de estudios sumamente inadecuados para evaluar la seguridad y la eficacia***.

Existen varios mecanismos por los cuales estas "vacunas" podrían conducir a ***una enfermedad grave, incluidas enfermedades autoinmunes, enfermedades neurodegenerativas, trastornos vasculares (hemorragia y coágulos de sangre) y posiblemente problemas reproductivos***. ***También existe el riesgo de que las "vacunas" aceleren la aparición de nuevas cepas del supuesto virus que ya no sean sensibles a los teóricos anticuerpos producidos por las "vacunas"***. Cuando las personas están inmunocomprometidas (p. ej., reciben quimioterapia para el cáncer), es posible que los anticuerpos que producen no puedan controlar el virus porque el sistema inmunológico está demasiado deteriorado. Al igual que en el caso de la resistencia a los antibióticos, ***nuevas cepas evolucionan dentro del cuerpo de una persona inmunocomprometida infectada que produce una versión de la proteína espiga que ya no se une a los anticuerpos adquiridos***. Estas nuevas cepas dominan rápidamente a la cepa original, especialmente cuando la población general está fuertemente vacunada con una vacuna que es específica de la cepa original. Es probable que este problema requiera el lanzamiento repetido de nuevas versiones de la "vacuna" a intervalos periódicos que las

personas deberán recibir para inducir otra ronda de producción de anticuerpos en un juego interminable del gato y el ratón.

Una posible consecuencia de las inoculaciones, es agotar el suministro finito de células B progenitoras en la médula ósea en etapas tempranas de la vida, lo que provoca la incapacidad de generar nuevos anticuerpos contra los agentes infecciosos. Una posibilidad aún más preocupante es que estas “vacunas”, tanto las “vacunas” de ARNm como las “vacunas” de vectores de ADN, puedan ser un camino hacia una enfermedad incapacitante en el futuro. A través de la acción similar a la de los priones de la proteína espiga, es probable que veamos un aumento alarmante en varias enfermedades neurodegenerativas importantes, como la enfermedad de Parkinson, la ERC, la ELA y el Alzheimer; y estas enfermedades aparecerán con una prevalencia cada vez mayor entre poblaciones cada vez más jóvenes, en los próximos años. Desafortunadamente, será difícil demostrar que las “vacunas” causaron este aumento, porque generalmente habrá una gran separación entre el evento de “vacunación” y el diagnóstico de la enfermedad. Muy conveniente para los fabricantes de vacunas, que pueden obtener grandes ganancias de nuestras desgracias, tanto por la venta de las “vacunas” como por el gran costo médico del tratamiento de todas estas enfermedades debilitantes.

Además de las pruebas derivadas del análisis de las bases de datos y que veremos más adelante, hay otras muchas que también muestran cuál es la auténtica realidad de las “vacunas". Por ejemplo, reportes de los eventos adversos que encontramos en redes o en publicaciones divulgativas (1) (2); o vídeos explicativos como el siguiente, basado en datos oficiales (enlace alternativo) o como estos: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69); o audios informativos de diferente naturaleza (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9); o testimonios de profesionales como los biólogos: la Dra. Christina Parks Dña. Almudena Zaragoza, y D. Fernando López Mirones (1) (2) (3) (4) (5), o de diferentes médicos con diferentes especialidades:

Dr. Robert Malone (inventor de las vacunas con soporte de ARNm); Dr. Peter McCullough (1) (2) (3) (4); Dr. Christian Perronne; distintos profesionales recogidos en un vídeo de AFLDS (America’s Frontline Doctors) (entre ellos el Dr. Cole, patólogo independiente); Dr. Laurent Mucchielli, director de investigación del Centro Nacional francés para la Investigación Científica (CNRS); Dr. Byram Bridle (1) (2) (3); Dra. Anna Goodwin; Dra. Cindy de Villiers; Dr. Michael Yeadon (ex vicepresidente y director científico de Pfizer) (1) (2); Dr. Josh Guetzkow (1) (2); Dr. Vladimir Zalenko (1) (2) (3) (4) (5); Dr. Trinidad Castillero (ex-Ministro de Salud de Panamá); Dra. Shelley Cole; Dra. Karina Acevedo-Whitehouse; Dra. Simone Gold (1) (2) (3) (4); Dra. Carrie Madej (1) (2); Dra. Jessica Rose (1) (2) (3); Dra. Martínez Albarracín (1) (2); Dra. Judy Mikovits; Dra. Judy Mikovitz y Dr. Joseph Mercola; Dra. Sherri Tenpenny (1) (2); Dra. Dolores Cahill (1) (2); Dr. Roger Hodkinson (1) (2); Dra. Stephanie Seneff y Dr. Joseph Mercola; Dr. Tom

Cowan (1) (2); 5 doctores (Dra. Chistine Northrup, Dra. Carrie Madej, Dra. Lee Merritt, Dra. Sherri Tenpenny y Dr. Larry); Dra. Chistine Northrup (1) (2); Dra. Lee Merritt (1) (2) (3) (4); Dr. Steve Hotze (1) (2) (3); Dra. Roxana Bruno (1) (2) (3); Dra. Chinda Brandolino; Dra. Natalia Prego; Dr. Geert Vanden Bossche (1) (2); Dra. Jane Ruby (1) (2) (3) (4); Dr. Sucharit Bhakdi; Dr. Ben Edwards; Dra. Jane Lindsay; Dr. David Martin; Dr. Charles Hoffe (1) (2) (3); Dr. Chris Shaw; Dra. Viviane Brunet; Dr. Alain Tortosa; Dra. Judy Mikovitz y Dr. Robert O. Young; Dr. Andrew Kaufman; Dra. Carrie Madej y Dr. Andrew Kaufman; Dra. Nadya Popel; Dr. Antonio Alarcos (1) (2) (3) (4); Dr. Richard Fleming (1) (2); Dra. Stella Immanuelle; Dr. Bryan Ardis; Dra. Karladine Graves; Dr. Vernon Coleman (1) (2); Dra. Angelina Farella: Dr. Roy Martina; Dr. Ryan; Dr. Mark Trozzi; Dra. Janci Chunn Lindsay (1) (2); Dr. Pierre Kory; Dr. Peter Breggin; Dr. Andrew Wakefield; Kate Shemirani y Dr. Kevin Corbett; Dr. Joel S. Hirschhorn; 5 doctores (Dr. Steven Pelech, Dr. Paul Alexander, Dra. Keren Epstein-Gilboa, Dr. Mark Trozzi, Dr. Stephan Malthouse); Dr. Barre Lando; Dr. David Bauer; Dr. Dan Stock; Dr. Marcelo Martínez; Dr. Ruiz Valdepeñas (enlace alternativo); Dr. Luis Miguel Benito; Dr. Wolfang Wodarg y Dr. Stefan Hockertz; Prof. Luc Montagnier and Dr. Wolfgang Wodarg; Dr. Russell Blaylock; Dra. Tess Lawrie; Dr. José Trasancos; Dr. Richard Urso; Dra Anne McCloskey; Dra. Patricia Callisperis; Dr. Bryan Tyson; Dra. Amandha Vollmer; Dr. Scott Atlas; Dr. Michael Segal; Dr. Paul Oosterhuis; Dr. Richard Amerling; Dr. Eric Nepute; Dr. Irá Bernstein; Dr. John Cunnington; Dra. Montañés; Dra. Deborah Conrad; Dra. Astrid Stuckelberger; Dra. Judy Wilyman; Dra. Elizabeth Eads; Dr. Daniel Nagase; Dr. Íñigo Gómez Ojinaga; Dr. Shankara Chetty; Dr. Tom Cowan; Dra. Mary O'Connor; Dr. John Campbell; Dr. Joseph Fraiman; Prof. Alexandra Henrion-Caude; Dr. John Campbell; médicos que cuentan las experiencias que viven con los eventos adversos de las "vacunas" y otros aspectos relacionados con su seguridad, o en general hablando sobre el virus y las "vacunas" (1) (2) (3) (4) o hablando de todo lo que envuelve el mundo Covid, como sucede en una **declaración firmada por más de 17 000 médicos y científicos**:

Entre los primeros signatarios de la Declaración de Roma, que vienen de todo el mundo, se encuentran: el Dr. Geert Vanden Bossche (EE. UU.), El Dr. Ira Bernstein (Canadá), el Dr. Pierre Kory (EE. UU.), El Dr. Eivind H. Vinjevoll (Noruega), el Dr. Olufemi Emmanuel Babalola (Nigeria), el Dr. Richard Urso (EE. UU.), así como el Dr. Peter McCullough (EE. UU.).

"Ha habido un asalto intencional y sin precedentes a nuestra capacidad para cuidar a nuestros pacientes. Los médicos y todos los proveedores de atención médica deben tener la libertad de practicar el arte y la ciencia de la medicina sin temor a represalias, censura, difamación y acción disciplinaria para incluir la posible pérdida de licencias y privilegios hospitalarios, pérdida de contratos de seguro e interferencia del gobierno, entidades y organizaciones, todo lo cual nos impide atender a pacientes necesitados". Establece que los científicos del mundo, expertos en investigación biomédica, deben "insistir en su capacidad para realizar y publicar investigaciones objetivas y empíricas sin temor a represalias sobre sus carreras, reputación y medios de vida".

Los 17 000 médicos y científicos médicos declaran ***que se debe levantar el estado de emergencia médica, restaurar la integridad científica y abordar los crímenes de lesa humanidad***. Aquí se puede ver el vídeo explicativo.

Nosotros, los médicos y científicos médicos del mundo, unidos a través de nuestra lealtad al Juramento Hipocrático, reconocemos que ***las desastrosas políticas de salud pública de Covid-19 impuestas a los médicos y nuestros pacientes son la culminación de una*** alianza médica corrupta ***de empresas farmacéuticas, de seguros y instituciones de salud, junto con los fideicomisos financieros que las controlan. Se han*** infiltrado ***en nuestro sistema médico en todos los niveles y están protegidos y respaldados por una alianza paralela de grandes empresas tecnológicas, medios, académicos y agencias gubernamentales que se beneficiaron de esta catástrofe orquestada***.

Esta alianza corrupta ha comprometido la integridad de nuestras más prestigiosas sociedades médicas a las que pertenecemos, generando una ilusión de consenso científico ***al*** sustituir ***la verdad por la propaganda***. Esta alianza continúa ***promoviendo afirmaciones*** no científicas ***al censurar datos e intimidar y despedir a médicos y científicos simplemente por publicar resultados clínicos reales o tratar a sus pacientes con medicamentos probados que salvan vidas***. ***Estas decisiones catastróficas se produjeron a*** expensas ***de los inocentes, que se ven obligados a sufrir*** daños ***en la salud y la muerte causados por la retención intencional de tratamientos críticos y sensibles al tiempo, o como resultado de inyecciones de terapia genética forzadas, que no son seguras ni efectivas***.

La comunidad médica ha negado a los pacientes el derecho humano fundamental de dar un verdadero consentimiento informado ***para las inyecciones experimentales de Covid-19***. ***Nuestros pacientes no pueden obtener la información necesaria para*** comprender ***los riesgos y beneficios de las "vacunas" y sus alternativas, debido a la censura generalizada y la propaganda difundida por los gobiernos, los funcionarios de salud pública y los medios***. ***Los pacientes siguen estando*** sujetos ***a encierros forzosos que perjudican su salud, sus carreras y la educación de sus hijos, y dañan los lazos sociales y familiares fundamentales para la sociedad civil. Esto no es una*** coincidencia. En el libro titulado "Covid-19: The Great Reset", el liderazgo de esta alianza ha declarado claramente que su intención es aprovechar Covid-19 como una "oportunidad" para restablecer toda nuestra sociedad, cultura, estructuras políticas y economía globales.

Nuestros 17 000 médicos y científicos médicos de la Cumbre Global Covid representan una comunidad médica global mucho más grande e ilustrada que se niega a comprometerse y está unida y dispuesta a arriesgarse a la ira de la alianza médica corrupta para defender la salud de sus pacientes.

La misión de la Cumbre Global Covid es poner fin a esta crisis orquestada, que se ha impuesto ilegítimamente al mundo, y declarar formalmente que las acciones

de esta alianza corrupta constituyen nada menos que crímenes de lesa humanidad .

Debemos restaurar la confianza de la gente en la medicina, que comienza con un diálogo libre y abierto entre médicos y científicos médicos. Debemos restaurar los derechos médicos y la autonomía del paciente. Esto incluye el principio fundamental de la sagrada relación médico-paciente. La necesidad social de esto tiene décadas de retraso y, por lo tanto, los médicos del mundo estamos obligados a tomar medidas.

Después de dos años de investigación científica, millones de pacientes tratados, cientos de ensayos clínicos realizados y datos científicos compartidos, hemos demostrado y documentado nuestro éxito en la comprensión y la lucha contra Covid-19. Al considerar los riesgos versus los beneficios de las principales decisiones políticas, nuestra Cumbre Global Covid de 17 000 médicos y científicos médicos de todo el mundo llegó a un consenso sobre los siguientes principios fundamentales:

- ***Declaramos, y los datos lo confirman, que las inyecciones de terapia genética experimental de Covid-19 deben terminar.***

- ***Declaramos que no se debe impedir que los médicos brinden tratamiento médico que salve vidas.***

- ***Declaramos que el estado de emergencia nacional, que facilita la corrupción y prolonga la pandemia, debe cesar de inmediato.***

- ***Declaramos que nunca más se debe violar la privacidad médica y que deben cesar todas las restricciones sociales y de viaje.***

- ***Declaramos que las mascarillas no son y nunca han sido, una protección efectiva contra un virus respiratorio en el aire en el entorno comunitario.***

- ***Declaramos que se debe establecer financiación e investigación para el daño, la muerte y el sufrimiento derivados de la "vacunación".***

- ***Declaramos que no se debe negar ninguna oportunidad, incluida la educación, la carrera, el servicio militar o el tratamiento médico, por no estar dispuesto a ponerse una inyección.***

- ***Declaramos que deben cesar las violaciones de la primera enmienda y la censura médica por parte del gobierno, las empresas de tecnología y los medios de comunicación, y debe respetarse la Declaración de derechos.***

- ***Declaramos que Pfizer, Moderna, BioNTech, Janssen, Astra Zeneca y sus facilitadores retuvieron y omitieron deliberadamente información sobre seguridad y eficacia de pacientes y médicos, y deben ser procesados inmediatamente por fraude.***

- ***Declaramos que las agencias gubernamentales y médicas deben rendir cuentas.***

Los 17 000 firmantes de la Declaración de los Médicos, de manera resumida, han llegado a un consenso sobre tres principios fundamentales:

- **Los niños sanos no deben estar sujetos a la "vacunación" forzada**: ***enfrentan un riesgo insignificante de Covid, pero enfrentan un riesgo potencial permanente e irreversible para su salud si se "vacunan", incluido el daño cardíaco, cerebral, reproductivo y del sistema inmunológico***.

- ***La negación de la inmunidad natural ha prolongado la pandemia y ha restringido innecesariamente la vida de las personas recuperadas de Covid. Las mascarillas, los confinamientos y otras restricciones han causado un gran daño, especialmente a los niños, y han retrasado la transición del virus a un estado endémico***.

- Las agencias e instituciones de salud deben dejar de interferir en la relación médico-paciente. ***Los formuladores de políticas son directamente responsables de cientos de miles de muertes, como resultado de la interferencia institucional y el bloqueo de tratamientos que han demostrado curar a una tasa cercana al 100% cuando se administran temprano***.

Las grandes empresas tecnológicas y las plataformas de redes sociales han eliminado, suprimido o marcado las cuentas de más de 800 personas y organizaciones destacadas***, entre ellas médicos***, por lo que ellas consideran la "desinformación" sobre la Covid-19, según un nuevo estudio del Media Research Center (MRC).

El Free Speech America CensorTrack del MRC, una iniciativa que supervisa los actos de censura en las plataformas online, identificó más de 41 casos entre marzo de 2020 y febrero de 2022 en los que se censuró a médicos, científicos y organizaciones médicas, según los resultados de un estudio compartido con la Daily Caller News Foundation.

El estudio se centró en los actos de censura en las principales plataformas de medios sociales y servicios en línea, incluyendo Facebook, YouTube, Instagram, Twitter, LinkedIn, Google Ads y TikTok.

Entre los casos de censura se encuentra la decisión de Facebook de marcar al British Medical Journal con una etiqueta de " verificación de hechos" y de "falta de contenido", reduciendo la visibilidad de una publicación, por un estudio que profundizaba sobre los problemas de integridad de los datos de un ensayo clínico de una "vacuna" de Pfizer. Facebook también eliminó la página de The Great Barrington Declaration, una carta abierta dirigida por docenas de profesionales médicos, entre ellos el Dr. Jay Battacharya, epidemiólogo de Stanford, y el Dr. Martin Kulldorff, antiguo empleado de los Centros de Control y Prevención de

Enfermedades (CDC), que abogaba por medidas menos restrictivas para abordar los peligros del Covid-19.

"***Las Big Tech establecieron un*** sistema ***en el que no se puede estar en desacuerdo con 'la ciencia', a pesar de que esa es la base del*** método científico", dijo Dan Gainor, vicepresidente del MRC de Free Speech America, al DCNF. "***Si los médicos y las revistas académicas no pueden debatir públicamente, entonces no es ciencia en absoluto. Es religión***".

Las Big Tech también borraron las entrevistas del presentador del podcast Joe Rogan con los científicos Dr. Peter McCullough y Dr. Robert Malone, este último pionero en la tecnología del ARNm. Twitter expulsó a Malone de su plataforma de forma permanente a finales de diciembre de 2021 por los tuits en los que el virólogo cuestionaba la eficacia y seguridad de la "vacuna" antiCovid-19.

"Hemos contabilizado 32 médicos diferentes que fueron censurados, incluido el innovador de la 'vacuna' de ARNm, el doctor Robert Malone", dijo Gainor. "***Censurar las opiniones de expertos con credenciales no garantiza la confianza en las 'vacunas', sino que socava la fe en las estrategias gubernamentales de la Covid-19"***.

Además de los médicos, el estudio examinó casos en los que miembros del Congreso fueron censurados por las plataformas tecnológicas.

Entre ellos, un incidente ocurrido en agosto de 2021 en el que YouTube suspendió al senador republicano de Kentucky Rand Paul, por publicar un vídeo en el que argumentaba que las " mascarillas de tela" no son eficaces contra el coronavirus, una opinión de la que se hicieron eco posteriormente muchos destacados comentaristas médicos. Twitter también marcó un tuit del representante republicano de Kentucky, Thomas Massie, en el que escribió que "los estudios demuestran que las personas con inmunidad natural por una infección previa tienen muchas menos probabilidades de contraer y propagar la Covid que las que solo tienen inmunidad inducida por la 'vacuna'".

El estudio también examinó la censura de las Big Tech a personalidades destacadas de los medios de comunicación, como Joe Rogan, Tucker Carlson y Dan Bongino.

Veamos un interesante artículo tipo editorial publicado en la revista indizada Surgical Neurology International. La editorial fue escrita por Russell Blaylock, neurocirujano jubilado, quien aborda de forma puntual y contundente distintos aspectos que rodean a la supuesta pandemia, al igual que lo han hecho otros médicos y científicos.

Los puntos más importantes del artículo, son los siguientes (1-10) (11-18) (19-21):

1. ***La pandemia de Covid-19 es uno de los eventos más manipulados de la historia***.

2. Como nunca antes, ***ha habido intrusiones en la práctica médica, y censuras a médicos quienes se atreven a disentir***.

3. Desde la presidencia, demás peldaños de gobierno y la administración hospitalaria ***se han forzado tratamientos y prácticas médicas que no se basan en evidencia científica ni experiencia médica***. Los administradores ahora dictan a los médicos cómo deben de practicar medicina y qué medicamentos pueden utilizar.

4. Por primera vez en la historia médica, ***los protocolos se han formulado con base en las recomendaciones de individuos e instituciones que nunca han tratado a un solo paciente***.

5. ***Los medios y sociedades médicas se han auto declarado la única fuente de información válida en cuanto a la pandemia y quien disiente es sujeto a censura***, eliminación de cuentas de plataformas, y etiquetado como "mentiroso, desinformador", incluso cuando se trata de personas con notable experiencia en virología, inmunología, epidemiología, etc.

6. ***Las revistas científicas/médicas cada vez dependen más de los subsidios de las industrias farmacéuticas, lo cuál elimina su imparcialidad*** (indispensable para el proceso científico).

7. Cada vez hay más artículos científicos que hablan de Covid o de las "vacunas" desde un argumento diferente al oficial, pero ***están siendo retractados de las revistas después de haber sido aceptados y publicados***.

8. ***Cada vez hay más estudios científicos basados en datos manipulados, "cuchareados" e inventados, escritos por "fantasmas" (es decir, personas que escriben a nombre de una farmacéutica) para promocionar sus productos***, incluso en revistas tan prestigiosas como JAMA (Revista de la Asociación Médica de Estados Unidos) o The New England Journal of Medicine, y que ***no han sido removidos a pesar de que se demostró abuso científico y manipulación de datos***.

9. ***Los medios televisados reciben la mayoría (75%) de su financiamiento de las farmacéuticas***, por anunciar medicinas. ***Esto genera un conflicto de interés enorme*** en cuanto a poder hablar de forma neutral o contraria a las "vacunas" y otros tratamientos promocionados. Tan solo en el 2020 la industria farmacéutica gastó 6 560 000 000 (6.56 billones) de dólares en anuncios de sus productos.

10. En los Estados Unidos, el "Federal Care Act" alentó la mala práctica al ***ofrecer a todos los hospitales del país hasta 12 000 dólares por cada paciente admitido a cuidados intensivos y 39 000 dólares por cada paciente en cuidados intensivos que era conectado a un respirador, a pesar de que ese protocolo fue una de las mayores causas de muerte de los pacientes con Covid***.

11. ***Se ha despedido injustificadamente a miles de médicos(as) y enfermeros(as) por haber rehusado recibir una "vacuna"*** a pesar de que trabajaron durante casi un año de pandemia, sin que existieran las "vacuna" Covid-19, para cuidar a los pacientes, y a pesar de que ya ***se ha demostrado que las personas "vacunadas" que son positivas en las pruebas diagnósticas y que tienen síntomas clínicos leves, tienen la misma carga viral que personas no "vacunadas" positivas con signos clínicos leves***.

12. La CDC, que no tiene autoridad para ordenar protocolos y tratamientos, ***ordenó a los hospitales seguir protocolos médicos que resultaron en la muerte de cientos de miles de pacientes*** que, dada la evidencia, probablemente se hubieran recuperado si se les hubieran dado tratamientos tempranos con productos que han sido, injustificadamente, demonizados (ivermectina, hidroxicloroquina, y otros). De hecho, ***se estima que de las 800 000 personas que fueron contabilizadas como "muertes Covid-19" (en los Estados Unidos), 640 000 se hubieran recuperado y regresado a su estado de salud previo si se hubieran aplicado otros protocolos***.

13. Las medidas usadas para contener la pandemia no fueron exitosas; ***la evidencia científica que se tenía al momento de implementar los encierros, uso de mascarillas y distancia social, nunca habían demostrado evitar la transmisión de virus de este tipo de transmisión***.

14. A lo largo de la pandemia, y previo al uso de "vacunas" Covid-19, ***los niños nunca tuvieron un riesgo real (más allá de pocos casos de niños con predisposición a la inflamación sistémica) de enfermarse de Covid-19 ni de transmitir el virus***.

15. ***Durante la pandemia ha desaparecido la lógica, el razonamiento y la necesidad de contar con evidencia científica***: para todos los otros medicamentos y vacunas que estuvieron bajo revisión de la FDA, ***la muerte de 50 o menos individuos que utilizaron dicho producto hubiera ameritado el detener el uso y distribución del fármaco***, como fue el caso de la vacuna contra la influenza en 1976. Entre el 14 de diciembre 2020 y el 31 de diciembre 2021, había más de 18 000 muertes reportadas en VAERS y 139 126 eventos adversos serios, pero no ha habido a la fecha un solo intento de detener este programa de vacunación, ni ningún esfuerzo serio de investigar (por parte del gobierno) las causas de muerte y enfermedades graves en los "vacunados".

16. ***Cada vez hay más evidencia, alguna publicada en revistas indizadas y otra no, de los peligros de estas "vacunas"***, que solamente fueron probadas durante 2 meses antes de ser autorizadas, y los resultados de esas pruebas de seguridad permanecieron ocultos hasta hace poco que están comenzando a salir (tras una orden judicial).

17. ***Se le dijo al público que el ARNm de las "vacunas" no era distribuido más allá de los nódulos linfáticos cercanos al sitio de inoculación***, pero solo fue mediante el recurso de Acceso a la Información, que en Japón se pudo tener ***el documento técnico de Pfizer que demostró que la vacuna se***

distribuye a todo el cuerpo en menos de 48 horas, con alta concentración en corazón, hígado, médula ósea, bazo y ovarios.

18. ***Se están encontrando incrementos inusitados en casos de cáncer agresivo en personas "vacunadas", sobre todo melanomas, cáncer de utero y seno, así como la reactivación de cáncer que ya estaba controlado***. A esos pacientes se les dice, sin evidencia, y a pesar de esa tendencia de incremento en riesgo a desarrollar más tumores, que necesitan más "vacunas" Covid-19 porque son más susceptibles.

19. ***Un experto en medicina materno-fetal ha demostrado que las "vacunas" Covid-19, administradas en el embarazo, provocan una incidencia 50 veces mayor de aborto que lo reportado con todas las otras vacunas combinadas, y las malformaciones fetales son 144 veces más comunes en personas "vacunadas" con esta "vacunas" que con otras***, aunque siguen siendo declaradas seguras por las academias y sociedades de ginecobstetricia (***quienes reciben financiamiento de Pfizer y otras farmacéuticas***; por ejemplo, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recibió, solamente en el último cuarto de 2010, 11 000 dólares de Pfizer, y el financiamiento del NIH, que es mayor, es dependiente de no criticar a las farmacéuticas.

20. No todos los lotes de "vacunas" tienen la misma letalidad o riesgo. Uno de cada 200 lotes es demostrablemente mortal (50 veces más) para quienes la reciben. ***Hay evidencia de que esta disparidad en la letalidad de los lotes no es azarosa, lo que podría sugerir intencionalidad (el 5% de los lotes es responsable de más del 90% de los eventos adversos serios, incluyendo muertes)***.

21. ***No se están haciendo autopsias de las personas que murieron tras de "vacunarse", ni de los que murieron de Covid-19***. Para finales de abril 2020, de los 150 000 muertos reportados como "muertes por Covid", solo se habían hecho 16 autopsias, y de estos, solamente siete eran autopsias completas. ***La reticencia a hacer autopsias no venía de los patólogos, sino de las autoridades***.

Los diseñadores de esta pandemia anticiparon un retroceso por parte del público y que se harían grandes preguntas embarazosas.

Para evitar esto, los controladores alimentaron a los medios de comunicación con una serie de tácticas, una de las más utilizadas fue y es la estafa de "verificación de hechos". Con cada confrontación con evidencia cuidadosamente documentada, los "verificadores de hechos" de los medios de comunicación contrarrestaron con la acusación de "desinformación", y una acusación infundada de "teoría de la conspiración" fue, en su léxico, "desacreditada". Nunca nos dijeron quiénes eran los verificadores de hechos o la fuente de su información de "desacreditación", solo debíamos creer en los "verificadores de hechos". Un caso judicial reciente estableció bajo juramento que los "verificadores de hechos" de Facebook usaron su propia opinión del personal y no expertos reales para verificar los "hechos". De

hecho, cuando las fuentes se revelan, invariablemente son los corruptos CDC, la OMS o Anthony Fauci o simplemente su opinión. Aquí hay una lista de cosas que fueron etiquetadas como "mitos" y "desinformación" que luego se demostró que eran ciertas:

- Los asintomáticos "vacunados" están propagando el virus por igual que con los infectados sintomáticos no "vacunados".
- Las "vacunas" no pueden proteger adecuadamente contra nuevas variantes, como Delta y Ómicron.
- La inmunidad natural es muy superior a la inmunidad teóricamente adquirida tras la inoculación de la "vacuna" y lo más probable es que sea de por vida.
- La inmunidad derivada de la "vacuna" no solo disminuye después de varios meses, sino que todas las células inmunes se ven afectadas durante períodos prolongados, lo que pone a los "vacunados" en un alto riesgo de todas las infecciones y cáncer.
- Las "vacunas" Covid pueden causar una incidencia significativa de coágulos sanguíneos y otros efectos secundarios graves
- Los defensores de la "vacuna" exigirán numerosos refuerzos a medida que cada variante aparezca en escena.
- Fauci insistirá en la "vacuna" contra la Covid para niños pequeños e incluso bebés.
- Se requerirán pasaportes de "vacunas" para ingresar a un negocio, volar en un avión y usar el transporte público.
- Habrá campos de internamiento para los no "vacunados" (como en Australia, Austria y Canadá).
- A los no "vacunados" se les negará el empleo.
- Hay acuerdos secretos entre el gobierno, las instituciones elitistas y los fabricantes de "vacunas".
- Muchos hospitales estaban vacíos o tenían poca ocupación durante la pandemia.
- La proteína espiga de la "vacuna" entra en el núcleo de la célula, alterando la función de reparación del ADN celular.
- Cientos de miles han muerto por las "vacunas" y muchas veces más han sido dañados permanentemente.
- El tratamiento temprano podría haber salvado la vida de la mayoría de los 700 000 que murieron.

- La miocarditis inducida por la "vacuna" (que se negó inicialmente) es un problema importante.
- Lotes mortales especiales de estas "vacunas" se mezclan con la masa de otras "vacunas" Covid-19.

Otra táctica de los defensores de la vacuna es demonizar a aquellos que rechazan ser "vacunados" por una variedad de razones.

Los medios de comunicación se refieren a estos individuos de pensamiento crítico como "antivacunas", "negadores de vacunas", "resistentes a las vacunas", "asesinos", "enemigos del bien mayor" y "son los que prolongan la pandemia". Discurso que algunas "personas", han adoptado previamente a recurrir al insulto de los no inoculados. Ya es bastante malo que el público caiga tan bajo, pero los medios de comunicación, los líderes políticos, los administradores de hospitales, las asociaciones médicas y las juntas de licencias médicas están actuando de una manera moralmente disfuncional y cruel.

Veamos otros escritos, publicaciones y testimonios sobre la peligrosidad de las "vacunas":

- En un editorial que la SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) hace una recopilación de lo que se lleva defendiendo, desde hace ya muchos meses, por muchos profesionales de la medicina que han sido sistemáticamente silenciados, insultados y ninguneados.

Los argumentos esgrimidos no son nuevos:

"***'Vacunar' a toda la población, incluyendo a la de muy bajo riesgo y la infantil, no va a evitar la circulación del virus. 'Vacunarse' o no, es una decisión individual y no se debe presionar a nadie para que se 'vacune' en aras de un beneficio colectivo que no sabemos hasta qué punto existe y cuánto tiempo podría durar. No lo hemos hecho nunca antes y no debemos hacerlo ahora. Los certificados de 'vacunación' para acceder a ciertos servicios, más allá de las dudas éticas sobre su implantación, carecen de evidencia científica sobre su utilidad en la disminución de contagios y casos graves***."

Arremeten contra la prensa, "los expertos" (que todavía no sabemos quiénes son) y los gobiernos alarmistas:

"***Algunos gobiernos, 'expertos' en Covid y medios de comunicación siguen usando el miedo como estrategia comunicativa***. Los peores escenarios y las previsiones más catastrofistas siempre gozan de mayor espacio comunicativo. Errar por exceso de alarma siempre penaliza menos que errar por defecto. ***En general, sobra alarmismo y falta análisis y contexto"***.

"***La pandemia no acabará cuando no haya defunciones, sino cuando los medios y gobiernos les den el mismo tratamiento que al resto de causas***".

Demandan diferenciar entre pacientes con Covid ingresados por otra causa y pacientes ingresados por Covid:

"Habrá que homogeneizar protocolos de ingreso tanto convencional como a unidades de críticos, así como ***distinguir si hablamos de ingresos por Covid, con Covid o de simples hallazgos casuales en las pruebas de ingreso por otros procesos o infecciones nosocomiales***."

Critican las medidas tomadas por la administración, piden su eliminación y reclaman el retorno a la normalidad (la normal, no la nueva):

"En definitiva, ***ha faltado una correcta evaluación de la relación beneficio-riesgo de cada una de las medidas adoptadas y un verdadero debate social sobre su implantación***. En el momento actual ya no tiene sentido mantenerlas y debe planificarse su eliminación, ***empezando por la absurda recuperación de la obligatoriedad de la mascarilla en espacios exteriores***.

"***Los gobiernos deben centrar sus esfuerzos en proteger a las personas más vulnerables en lugar de tratar de frenar, probablemente con poco éxito, la circulación del virus a nivel poblacional, circulación que, por otra parte, sabemos que mejora nuestra inmunidad***."

"***Debemos recuperar cuanto antes la 'vieja' normalidad***, es decir, la vida como la conocíamos antes de marzo de 2020: ***sin mascarillas ni limitaciones de la interacción social***. La prevención cuaternaria también debe aplicarse a la salud pública, y es especialmente urgente en el ámbito escolar. ***Sabemos que los niños y niñas no sufren las formas graves de la enfermedad ni son transmisores particularmente efectivos, pero a pesar de ello tuvimos las escuelas cerradas durante meses, y luego les hemos impuesto las medidas más severas: uso de mascarilla durante toda la jornada, prohibición de mezcla entre grupos y pruebas y cuarentenas cada vez que se detecta un positivo. Estas medidas provocan dificultades en el aprendizaje y la socialización, además de dificultar la conciliación familiar al no existir ninguna ayuda para mantener las cuarentenas infantiles. El balance beneficio-riesgo es desfavorable y en estos casos la prudencia no es hacer muchas cosas, sino que, como sabemos en Atención Primaria, a menudo lo prudente es no hacer nada***".

- El grupo de New Zealand Doctors Speaking Out with Science (NZDSOS, es un grupo de médicos, dentistas, farmacéuticos y veterinarios y ha formado alianzas con otros grupos tanto a nivel local como internacional) publicó una carta abierta sobre la necesidad de investigar las muertes después de la "vacunación".

"***Hay una carga sorprendentemente grande de muertes y lesiones después de las 'vacunas' Covid-19, de por sí misma y en comparación con cualquier otro tratamiento o vacuna en los tiempos modernos***. Informamos muchos casos que EXIGEN una investigación adecuada, como corresponde a cualquier medicamento que carezca de estudios de seguridad.

Nuestros sistemas de vigilancia han sido desactivados para ocultar el alcance del daño. El informe de eventos adversos NO ES OBLIGATORIO, y esto por sí solo socava cualquier intento de presentar las inyecciones como seguras.

Los niños y jóvenes están muriendo y sufriendo lesiones particularmente cardíacas (aunque muchos ancianos sanos también han muerto), mientras que su riesgo de contraer Covid-19 es particularmente bajo. Creemos que nos están mintiendo".

Health Forum New Zealand, un grupo comunitario de voluntarios, ha estado manteniendo una base de datos de muertes y lesiones después de las inyecciones de Covid, 'The Citizen's Database: Deaths & Injuries' («Base de datos del ciudadano»). La base de datos se ha construido principalmente a partir de notificaciones de familiares, amigos y trabajadores de la salud de personas que han muerto después de las inyecciones de Covid.

La Base de Datos ciudadana es el resultado de una alarmante falta de respuesta oficial al claro ***patrón de daño*** significativo ***del programa de inyección de Pfizer***. ***Niños y adultos de todas las edades continúan muriendo y siendo perjudicados en cantidades espantosas en todo el mundo***.

"Es absolutamente esencial que se mantenga algún tipo de registro, ya que ***el producto es experimental***, ***los sistemas de informes de todo el mundo ya mostraban señales muy alarmantes*** incluso antes de que comenzara el lanzamiento en Nueva Zelanda, y estos han seguido haciéndolo. Lo más sorprendente es que no es obligatorio que los trabajadores de la salud informen los efectos secundarios de la vacuna aquí en Nueva Zelanda. De hecho, es cierto que carecemos de un régimen efectivo de farmacovigilancia por esta única razón, dado que ***éste ES un ensayo experimental de medicamentos***", señala la carta de NZDSOS.

En el momento de escribir este artículo, la Base de Datos Ciudadana había registrado casi 500 muertes después de las inyecciones antiCovid. Al final de su carta abierta, NZDSOS enumera alrededor de un tercio de estas muertes. "Tenga en cuenta cuántas personas muertas son jóvenes, incluso niños, y sufren muertes repentinas e inesperadas, generalmente por coágulos de sangre que afectan el cerebro o el corazón", escribe NZDSOS.

- 200 médicos austriacos advierten sobre los efectos secundarios de las "vacunas" Covid arriesgándose a recibir sanciones. Firmaron una carta abierta criticando las "vacunas" contra la Covid-19, argumentando que ***son ineficaces contra el virus y pueden causar numerosos efectos adversos graves***.

  "***La cantidad de efectos secundarios informados de las 'vacunas' Covid-19 solo puede describirse como aterradora***", escribió el Dr. Andreas Sönnichsen, exjefe del Departamento de Medicina General y Familiar del Centro de Salud Pública de MedUni Vienna y autor de la carta.

Sönnichsen dirigió su carta al Dr. Thomas Szekeres, presidente de la Asociación Médica de Austria, el 14 de diciembre, en respuesta a una declaración escrita del 2 de diciembre por parte de Szekeres que decía que "según los datos disponibles, desde un punto de vista científico, y de acuerdo con las recomendaciones del Panel Nacional de Vacunación, básicamente no hay razón para aconsejar a los pacientes que no se 'vacunen' contra la Covid-19".

La declaración también amenazó a los médicos que se atreven a advertir al público sobre los efectos secundarios de la "vacuna" Covid-19 con sanciones disciplinarias.

Después de amonestar a Szekeres por su declaración, Sönnichsen argumentó que la "vacuna" Covid-19 ha demostrado ser ineficaz contra el virus.

"Ahora se ha demostrado científicamente que ***la protección pierde importancia estadística muy rápido*** dijo, antes de señalar la ***evidencia científica de que "vacunados" y no "vacunados" pueden transmitir la infección por igual***.

"El argumento de que la 'vacunación' puede lograr la 'inmunidad colectiva' es, por lo tanto, obsoleto, y se desconoce si la 'vacunación' de refuerzo puede lograr una protección más amplia", agregó.

Por último, el médico austriaco argumentó que la protección de la 'vacuna', si es que existe, solo es relevante para las personas con alto riesgo de contraer una forma grave de Covid-19, como muestran "***el 98% de las personas que contraen formas graves de Covid-19 tienen al menos una condición preexistente relevante***".

Sönnichsen luego pasó a discutir los numerosos informes de eventos adversos de la "vacuna", indicando que "***la cantidad de efectos secundarios informados de las vacunas Covid-19 solo puede describirse como aterradora***".

"Hasta ahora se han enviado nueve cartas de advertencia, ***advirtiendo de efectos secundarios graves e incluso casos de muertes***", agregó. "***La declaración general de la asociación médica austriaca, de los políticos y los medios de comunicación de que la vacuna es 'segura' ha demostrado ser una propaganda acientífica***".

Sönnichsen también se refirió a la ética médica, así como a la Declaración de Ginebra según la cual los médicos están "***obligados a informar a sus pacientes sobre los numerosos efectos secundarios y riesgos posibles que presenta la 'vacuna'***"'.

En otra conferencia de prensa el día anterior, Sönnichsen contradijo descaradamente esa idea y calificó la campaña de "vacunación" como el "***escándalo médico más grande de la historia***".

"¡***Después de todo, la muy elogiada 'vacunación' ha fallado***!", dijo. "***La cuarta ola es una ola de 'vacunados'. Los hospitales y las unidades de***

cuidados intensivos están abrumadoramente llenos de personas 'vacunadas'".

- Una alianza de más de 500 médicos, profesores, científicos y profesionales de la salud canadienses independientes se ha unido para formar la Canadian Covid Care Alliance. A lo largo de esta pandemia, se han comprometido a proporcionar un enfoque basado en la evidencia con respecto a informar al público canadiense sobre todo lo relacionado con Covid.

  Su lista de representantes incluye doctores en inmunogenética, inmunología, virología molecular, inmunología viral, farmacología, investigación biomédica, bioquímica, bioanalítica, médicos de familia en ejercicio, médicos y más.

  La alianza lanzó recientemente un PDF que muestra que los datos de los 6 meses de Pfizer muestran que sus "vacunas" de antiCovid "***causan más enfermedades de las que previenen***". El PDF se llama "Las vacunas de Pfizer para Covid-19: más daño que bien". También lanzaron un vídeo que resume el PDF.

  El PDF muestra que los datos del informe de seis meses de Pfizer mostraron que ***las personas "vacunadas" experimentaron un aumento de enfermedades y muertes en comparación con el grupo de placebo***. No hay ningún beneficio para una reducción de casos si se produce a costa de un aumento de la enfermedad y muertes.

  El informe también muestra que "3 participantes en el grupo BNT162b2 y 2 en el grupo placebo original que recibieron BNT162b2 después de la eliminación del cegamiento murieron". Además, ***aproximadamente el*** 50% ***de las lesiones por vacunas informadas al VAERS en los últimos 30 años son todas debidas a las "vacunas" Covid***.

  Lo que no se menciona en el informe es el hecho de que la FDA se niega a divulgar datos específicos de Pfizer con respecto a sus inoculaciones antiCovid. Una solicitud de la Ley de Libertad de Información (FOIA) realizada por la Salud Pública y los Profesionales Médicos para la Transparencia, también un grupo independiente de muchos médicos y científicos, les permitió tener en sus manos una fracción de la documentación.

  Los documentos revelan que ***Pfizer estaba al tanto de más de*** 50 000 ***reacciones adversas graves que pueden haber sido el resultado de su "vacuna" dentro de los primeros 90 días de su lanzamiento***. Actualmente, la FDA está luchando contra el grupo de académicos para no permitir hasta 2096 la publicación de todos los datos, que se componen de casi medio millón de páginas (se desarrolla más adelante en el informe).

  Mencionan el hecho de que el 2 de noviembre, el British Medical Journal (BMJ) publicó un artículo sobre su investigación sobre Ventavia, una de las compañías de investigación que Pfizer contrató para realizar los ensayos. El BMJ recibió decenas de documentos internos de la empresa, fotografías, grabaciones de audio

y correos electrónicos ***que mostraban la falsificación de datos*** (también se desarrolla más adelante en el informe).

- **Según dice el *profesor Jonathan* Gershoni *de la Universidad de Tel Aviv en Israel, tres "vacunas" Covid existentes en realidad contienen ADN (no solo ARN) para la síntesis de proteínas espiga dentro de nuestro cuerpo*.** Todas las "vacunas" Covid vectorizadas por adenovirus contienen ADN de la proteína espiga modificada. Estas "vacunas" envían sigilosamente ADN ocultándolo en un caparazón de adenovirus. Una vez que el ADN de la proteína de pico es pasada por alto por el sistema inmunológico innato, sus instrucciones genéticas se transcriben a las células humanas, produciendo en masa proteínas de pico diseñadas en laboratorio.

Las "vacunas" vectorizadas por adenovirus transportan el ADN de la proteína de pico al interior de la célula utilizando el adenovirus para subvertir la respuesta inmune innata. Las "vacunas" de ARNm utilizan nanopartículas de lípidos para ocultar las instrucciones y deslizarlas hacia los ribosomas de la célula. En el proceso inicial de subvertir el sistema inmunológico, estas "vacunas" no provocan una respuesta de células T lo suficientemente fuerte como para provocar una adecuada T helper 1, T helper 2 y células B de memoria. Debido a que el sistema inmunológico innato no está expuesto a todo el virus, incluida la envoltura y la nucleocápside, el sistema inmunológico SUFRE. Esta respuesta inmune incompleta y subvertida prepara al cuerpo para una enfermedad grave tras una reinfección posterior.

Con esta nueva tecnología de "vacunas", el ARN mensajero o el ADN de una proteína espiga extraña diseñada en laboratorio se inserta en el cuerpo para sobrescribir la síntesis de proteínas naturales de las células afectadas. Una vez que las "vacunas" rediseñen este proceso de transcripción natural, no hay garantía de que las células dejen de usar este código extraño. No hay estudios que mapeen el lugar al que viajan las proteínas de pico en el cuerpo, cuánto tiempo podrían durar o si su replicación altera la síntesis de proteínas indefinidamente y se convierte en parte de las células humanas o del ADN humano.

Debido a que el ADN no puede transcribirse por sí mismo, las "vacunas" de ADN deben insertar el ADN extraño en el núcleo de la célula humana. Esto permite que el ARN mensajero haga una copia desechable del ADN, preparando instrucciones para la síntesis de proteínas en el ribosoma. El ARN tiene la capacidad de interactuar con los ribosomas de la célula y es responsable de codificar el tipo de proteína que la célula debe fabricar.

A medida que se descubren mutaciones predominantes de la proteína de pico en la naturaleza, los fabricantes de "vacunas" pueden estudiar ese ADN y modificar el ADN y el ARNm de sus "vacunas" para replicar nuevas secuencias de proteína de pico en humanos cada año.

"Todo organismo viviente emite mensajes energéticos de distinto tipo mediante frecuencias vibratorias (fotónicas, electromagnéticas, escalares…) que cuando se

encuentran con otras que vibran en la misma frecuencia se "armonizan", es decir, entran en armonía, en resonancia. Cuando el mensaje que emite por ejemplo un organismo humano en estado de inamación aguda resuena en otro organismo humano porque las condiciones de ambos cuerpos son similares (genética similar y/o epigenética similar: ambiente, alimentación, estrés, conicto biológico, etc.) se repite la vibración y de esta manera se puede ocasionar un estado inflamatorio en las condiciones más o menos similares que pueda reproducir el receptor (esta hipótesis supone que el ADN tiene función energético-vibratoria y puede comportarse como un resonador).

La transmisión puede producirse por diferentes vías, en algunos casos con un mero soporte vibracional, una de ellas es apoyándose en las moléculas que codifican información genética (ADN y ARN) e incluso péptidos. Esta resonancia específica, propia de una especie biológica, tiene la función de mantener el equilibrio genético de una población determinada en unas condiciones determinadas".

Las "vacunas" Covid-19 pueden potencialmente inducir ***nuevos eventos adversos crónicos catastróficos porque contienen o inducen la producción de proteína de pico***. Las modulaciones relacionadas con la proteína de pico, incluidos los cambios en la secuencia de ARNm, los cambios en la secuencia de aminoácidos, la ruta de entrada, la cantidad recibida, la coadministración con adyuvantes u otros excipientes y la colocación de la proteína de pico en otros virus (vectores de vacuna de adenovirus); podrían crear una enfermedad crónica más grave y más común que con la infección natural Covid-19. También existe el riesgo de diseminación de la "vacuna" Covid-19 basada en adenovirus y el potencial de contaminación de los animales en el suministro de alimentos. ***Son muchos y variados los*** riesgos potenciales ***que presentan (riesgo de enfermedad por priones; riesgo de autoinmunidad; riesgo de penetración de la barrera hematoencefálica; riesgo de los nuevos adyuvantes; incorporación en el anfitrión, el receptor de la "vacuna", en su ADN; diseminación viral; VIH e infecciones secundarias y contaminación de las fuentes de alimentos)***, todos ellos, sugieren que la aprobación comercial/regulatoria de las "vacunas" específicas de Covid-19 fue prematura.

Hay un gran motivo de preocupación porque todas las "vacunas" Covid-19 aprobadas, contienen o codifican una proteína de pico. Las "vacunas" generalmente incorporan pequeños cambios en la secuencia de aminoácidos de la proteína espiga o en su secuencia de ARNm. No se sabe si estos cambios podrían inducir más enfermedades crónicas, incluida la enfermedad por priones, que la proteína de pico de tipo salvaje. Debido a que todas las "vacunas" se crearon antes de que se conociera el riesgo de las proteínas de pico, es dudoso que esta preocupación se haya abordado antes del desarrollo y comercialización de las mismas.

Existen riesgos***, aún no evaluados, asociados a las nuevas plataformas de vacunas basadas en tecnología de ARNm y vectorizadas*** que ameritan más investigaciones. Por ejemplo, ***el riesgo de*** generar ***enfermedad por priones debido al potencial de convertir proteínas de unión a ARN y ADN en sus***

conformaciones priónicas patológicas, algo que se podría ver a medio y largo plazo; ***o la*** carcinogenicidad (aún no evaluada) de las vacunas, ***en especial de las vectorizadas con adenovirus humanos y de chimpancé. Hay estudios que han*** demostrado ***que los virus que infectan a una especie, pueden causar tumores si se inyectan en otra especie. Un adenovirus humano de tipo 12 inyectado en primates no humanos bebés,*** provocó ***un cáncer de ojo 12 a 36 meses después de la inyección***. Uno a tres años después de la inyección, el adenovirus humano provocó masas tumorales que eran indistinguibles del retinoblastoma humano, un tumor de retina que afecta a los niños. Por lo tanto, ***tampoco se puede descartar que una vacuna de adenovirus pueda provocar*** cáncer ***en los seres humanos, cuando se inyecta en edades tempranas***. Las líneas celulares humanas (por ejemplo de riñón de embrión humano HEK 293, o de retina de feto humano), se han modificado con la ayuda de los adenovirus para transformarlas en líneas celulares inmortales.

Adicionalmente, ***es necesario tener en cuenta que, tal como se observó durante el proceso de desarrollo de vacunas para el virus SARS-CoV-1 en 2003 (que es 80% similar al SARS-CoV-2), existe la posibilidad de que se genere una enfermedad*** potenciada ***por el uso de vacunas o anticuerpos (ADE), y/o una inmunopatología Th2 de tipo alérgica y anafiláctica***. ***En aquel entonces, los ensayos en animales*** mostraron ***inmunopatologías y procesos inflamatorios graves en el 100% de los animales inoculados, independiente el tipo de vacuna utilizada, al exponerlos al virus salvaje o circulante***.

- Veamos un interesante artículo del Dr.Michael Palmer y el Dr. Sucharit Bhakdi:

  Las "vacunas" de ARNm de Pfizer y Moderna consisten en un ARN mensajero sintético (ARNm) que codifica la "proteína de punta" del SARS-CoV-2, que normalmente se encuentra en la superficie de las partículas de coronavirus. Este ARNm está recubierto con una mezcla de lípidos sintéticos (moléculas similares a las grasas) que lo protegen de la degradación durante el transporte dentro del cuerpo y que también facilitan su captación en las células diana a través de la endocitosis.

  Una vez que la partícula de la "vacuna" ha entrado en una célula, los lípidos se eliminan y el ARNm se libera en el citosol (el líquido intracelular). Luego, el ARNm se une a los ribosomas, las pequeñas fábricas de proteínas de la célula, y los dirige para sintetizar las moléculas de proteína de pico reales. La mayoría de las moléculas de proteína espiga se transportarán a la superficie celular.

  Tarde o temprano, las células que expresan esta proteína, o los restos de dichas células, llegarán a los centros de organización del sistema inmunitario en los órganos linfáticos. Luego, la proteína de punta será reconocida por varios tipos de células inmunitarias, incluidos los linfocitos B (células B), que comenzarán a producir anticuerpos contra ella.

Además, como con cualquier proteína que se sintetiza dentro de la célula, una pequeña cantidad de moléculas se fragmentarán y los fragmentos se presentarán en la superficie celular en asociación con proteínas portadoras específicas (HLA-). El propósito de este mecanismo es la vigilancia inmunológica: tan pronto como aparecen fragmentos de alguna proteína que el sistema inmunológico no reconoce como “propia”, es decir, como perteneciente al cuerpo humano, se montará una respuesta inmunológica contra cualquier célula que producirlo Esta respuesta dará como resultado la formación de linfocitos T citotóxicos (células T-killer) que atacan y destruyen las células que presentan esos fragmentos de antígeno.

La actividad citotóxica de las células T asesinas se verá aumentada por varios otros mecanismos efectores inmunitarios que son iniciados por los anticuerpos. Si este ataque inmunitario combinado le ocurre a las células que recubren los vasos sanguíneos, las células endoteliales, la lesión resultante puede causar la coagulación de la sangre. Se deben esperar accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos y trombosis, y muchos de estos casos se han informado como eventos adversos después de la vacunación con las vacunas de ARNm Covid-19 de Pfizer y Moderna (así como con las “vacunas” basadas en adenovirus producidas por AstraZeneca y Johnson & Johnson).

Debe esperarse que estos mecanismos inmunológicos operen con cualquier otro antígeno viral codificado por ARNm. En el caso de las vacunas contra la Covid-19, existe una segunda vía única que conecta la expresión de la proteína espiga con las alteraciones vasculares. Una parte centralmente importante de la proteína espiga (el fragmento S1) se puede escindir y liberar de la célula. El fragmento S1 puede luego unirse a las plaquetas de la sangre (trombocitos) ya las células endoteliales en sitios remotos, lo que provoca su activación. Esta segunda vía de desencadenar el daño de los vasos y los coágulos de sangre es específica de la proteína espiga del SARS-CoV-2.

La reacción del sistema inmunitario a la expresión de una vacuna de ARNm es bastante similar a la respuesta de un huésped inmunológicamente inexperto a la primera infección con un nuevo virus. En esta situación, no hay nada que impida que el virus entre en una célula. Una vez dentro de la célula, el genoma viral dirigirá la expresión de proteínas virales, que nuevamente aparecerán en la superficie celular, algunas de ellas en forma intacta y todas ellas como fragmentos, como se mencionó anteriormente. En consecuencia, las células T citotóxicas y los mecanismos efectores dependientes de anticuerpos atacarán conjuntamente a la célula infectada y la matarán. La muerte de células infectadas en una escala suficientemente grande provocará inflamación y enfermedad clínica.

Ahora bien, ¿qué pasa si nos volvemos a contagiar con el mismo virus? En este caso, ya tendremos anticuerpos contra él, y estos se unirán a muchas de las partículas del virus y evitarán que entren en las células de nuestro cuerpo. En cambio, las partículas de virus unidas a anticuerpos serán absorbidas por los fagocitos y sufrirán destrucción.

Esencialmente, el mismo tipo de respuesta inmune es desencadenada por vacunas de virus vivos, como por ejemplo, la vacuna contra el sarampión. La diferencia es que la cepa del virus utilizada para la vacunación ha sido "atenuada" para que no cause una enfermedad significativa incluso después de la primera infección.

Como se señaló anteriormente, la primera inyección de una vacuna de ARNm desencadenará una secuencia de eventos similar a la que vemos en una infección viral: el ARNm iniciará la síntesis del antígeno proteico que codifica y el sistema inmunitario generará anticuerpos y células T citotóxicas dirigidas contra ese antígeno. Juntos, estos provocarán la muerte de la célula.

¿***Qué sucede si administramos una inyección de refuerzo de la misma vacuna***? Ahora estarán presentes los anticuerpos contra el antígeno en cuestión. Sin embargo, a diferencia de un virus propiamente dicho, las partículas de la "vacuna" contienen solo el modelo de ARNm, pero no copias de proteínas del antígeno. Por lo tanto, ***los anticuerpos no podrán reconocer y adherirse a las partículas de la vacuna***. En consecuencia, ***nada puede evitar que el ARNm entre en las células del cuerpo y exprese el antígeno, y que el sistema inmunitario ataque esas células***. Lo que es más, ***el sistema inmunológico ya estará preparado para atacar más rápido y con más fuerza***.

Lo mismo sucederá no solo después de la segunda inyección, sino después de todas y cada una de las inyecciones de refuerzo. De manera similar, ***las personas que ya han tenido Covid-19 y, por lo tanto, han adquirido inmunidad natural tienen un mayor riesgo de eventos adversos incluso después de la primera inyección de la "vacuna" de ARNm***. Podrá sacar sus propias conclusiones con respecto a la sabiduría de sentenciar a las personas, en muchas jurisdicciones, incluidas incluso aquellas con inmunidad natural documentada, a una serie aparentemente interminable de vacunas de refuerzo de ARNm contra Covid-19.

El argumento anterior explica por qué las inyecciones de refuerzo serán más tóxicas con las "vacunas" de ARNm, pero no por qué incluso las primeras inyecciones de las "vacunas" de ARNm antiCovid-19 han causado mucho más daño que las vacunas convencionales de virus vivos en el pasado. Hay varios aspectos en esto:

1)***La elección del antígeno, es decir, la proteína espiga, que desempeña un papel clave en la patogenia de la enfermedad regular por Covid-19***.

2)***La rápida aparición de las "vacunas" de ARNm en el torrente sanguíneo, lo que conducirá a la expresión de la proteína espiga en las células endoteliales de los vasos sanguíneos, la destrucción de estas células por ataque inmunitario y la coagulación de la sangre.***

3)***La gran cantidad de ARNm contenido en cada inyección. Esta cantidad supera con creces la cantidad de ácidos nucleicos inyectados con vacunas vivas atenuadas o absorbidos en caso de una infección natural***.

Notemos que solo la primera razón mencionada se refiere específicamente a las "vacunas" Covid-19. Los otros dos son inherentes a la tecnología de vacunas de ARNm como tales, y ***deben esperarse incluso con vacunas que codifican antígenos virales sin toxicidad intrínseca***. Al menos la razón final dada, a saber, la gran dosis administrada de ácido nucleico dañino, también se aplica a las "vacunas" basadas en adenovirus producidas por Johnson & Johnson y AstraZeneca. Sin embargo, con estas dos "vacunas", cabría esperar que la respuesta de los anticuerpos a las proteínas adenovirales del vector mitigue la destrucción celular provocada por las dosis de refuerzo.

- El profesor Sucharit Bhakdi está seguro: las "vacunas" Covid-19 matan a jóvenes y ancianos. Matan a los niños. Según él, ***sus efectos*** destructivos ***sobre el sistema inmunitario humano favorecen el desarrollo de enfermedades peligrosas. Ahora es el momento de buscar efectos como la tuberculosis, la toxoplasmosis, el herpes y el cáncer, y detener las "vacunas***", dijo.

A la cabeza de la lista de enfermedades infecciosas peligrosas que aumentarán masivamente en todo el mundo debido a los efectos de la "vacuna" Covid-19, Bhakdi nombra a una antigua "gran asesina de la humanidad", ***la tuberculosis***:

"Lo predigo: ***Debido a esta maldita 'vacunación', habrá un*** aumento de la tuberculosis ***en todo el mundo***. Especialmente en los países en los que la bacteria de la tuberculosis está latente en el cuerpo de las personas. India, África, toda Asia". Dicha bacteria (el propio Bhakdi la alberga) es muy lenta, por lo que "la tuberculosis tarda en explotar". Además, especialmente en los casos de multirresistencia, la enfermedad es muy difícil de tratar.

Otro peligro ***importante es la toxoplasmosis***, que también está muy extendida en todo el mundo. También se mencionan el ***herpes (HSV), el Epstein-Barr (EBV) y el citomegalovirus (CMV)***.

- Joan-Ramon Laporte Roselló es un reconocido experto y ha dicho cosas muy reveladoras en una comisión de investigación:

"Así como las vacunas tradicionales son gérmenes atenuados o porciones de ellos que estimulan el sistema inmunitario, las "vacunas" de ARN mensajero introducen un ácido nucleico que da instrucciones a células de la persona vacunada para que fabriquen esta proteína del virus, la llamada proteína de pico (Spike protein), es a su vez estimulante del sistema inmunitario". Por concretar la definición: "***Las llamadas 'vacunas' de Pfizer y Moderna no son verdaderas 'vacunas'. Son fármacos*** basados ***en una tecnología nunca usada en terapéutica hasta ahora. La 'vacunación' masiva es un experimento global sin precedentes en la historia de la humanidad***".

Una prueba precedida por los ensayos clínicos de Pfizer (43 000 participantes, de los cuales sólo cinco mayores de 85 años) y de Moderna. En el primero se registraron 14 fallecidos por el virus en el grupo placebo y 15 en el grupo "vacunado", mientras que en el segundo se dio el mismo número de muertes, 14 en cada uno de los dos grupos. "***No, señorías, los ensayos clínicos no han*** demostrado ***que las 'vacunas' salven vidas***".

A la hora de analizar los fármacos en cuestión, para Laporte y su equipo de investigación una de las principales incertidumbres era la duración de la eficacia preventiva de la "vacuna". Al respecto, comprobaron que "***la eficacia cae, pero es curioso que, en lugar de tomar nota de este hecho como una insuficiencia de las vacunas, los fabricantes acogieron esta noticia con subidas de su cotización en bolsa. Si un producto es ineficaz o parcialmente eficaz, habrá que ir repitiendo dosis si es posible durante toda la vida. El sueño de cualquier vendedor de medicamentos para el colesterol, la osteoporosis***".

Otra duda importante era si la inoculación evitaría el contagio. Según Laporte, "***está claro que las 'vacunas' no evitan la*** transmisión ***de la enfermedad, de modo que el pasaporte o certificado carecía de base científica y además puede haber contribuido a aumentar el número de casos, puesto que daba una falsa sensación de seguridad***".

Resueltas con claridad las anteriores, la otra incertidumbre eran los efectos adversos de los fármacos analizados. El ponente se refirió al "problema de la miocarditis y la pericarditis", sobre el que "***se nos dijo primero que la incidencia podía ser de un caso por millón; después se rebajó la estimación a un caso por 100 000; después salió un estudio israelí que hablaba de un caso por 10 000 en los adultos jóvenes***". A continuación, interpeló a los diputados presentes: "***Ustedes habrán visto o habrán oído hablar de jugadores de fútbol famosos e incluso de espectadores de espectáculos deportivos que colapsan en mitad del partido. Son personas vacunadas que tienen problemas cardiacos posiblemente atribuibles a la 'vacunación', y de eso no se habla***".

En lo que respecta a la "vacunación" infantil y juvenil, el investigador expresó que "***probablemente en estos grupos acabemos sabiendo que las 'vacunas' causan más muertes que la enfermedad***". Según los datos del Ministerio de sanidad, en 2020 fallecieron en España 52 menores de 20 años por el virus, de los cuales "se conocían las enfermedades de los primeros 10, aunque después por problemas de confidencialidad y demás no se dieron más datos específicos. De los primeros 10, todos menos uno tenían enfermedades gravísimas: habían sido trasplantados, tenían trasplante de médula ósea, tenían leucemias".

Antes de despedirse, Joan-Ramón Laporte Roselló señaló que "***España es el miembro de la Unión Europea más permisivo en materia de conflictos de intereses y relaciones opacas de profesionales sanitarios con las compañías farmacéuticas, algo que también se da con las sociedades médicas y sus expertos***". Y compartió su extrañeza porque "***ninguno de los***

comparecientes representantes de corporaciones profesionales hiciera la más mínima alusión a los conflictos de intereses de la mayoría de las sociedades médicas españolas, de los miembros de sus juntas directivas y de sus grupos de trabajo", también, dirigiéndose a los presentes, "me ha llamado también la atención que ustedes no preguntarán por los conflictos de interés".

- "Actualmente no hay ninguna emergencia médica", dijo el Dr. Ehud Qimron al gobierno israelí. "La única emergencia ahora es que todavía establece políticas y tiene grandes presupuestos para propaganda e ingeniería psicológica".

  Un importante inmunólogo de Israel criticó la "vacunación" masiva contra el Covid-19 y criticó a los funcionarios que han "marcado" a los no vacunados como "propagadores de la enfermedad" en una poderosa carta al Ministerio de Salud de Israel.

  La carta, escrita por el profesor Ehud Qimron, jefe del Departamento de Microbiología e Inmunología de la Universidad de Tel Aviv, destaca ***las estrategias Covid centradas en la "vacuna" adoptadas por los gobiernos de todo el mundo***, que Qimron ridiculizó como "***condenadas al fracaso***".

  Qimron criticó a los funcionarios israelíes por negarse a reconocer que ***las inyecciones antiCovid no detendrán el virus ni brindarán inmunidad colectiva***, algo que la campaña de vacunación del gobierno "no logró".

  "Te negaste a admitir que ***la infección viene en oleadas que se desvanecen por sí solas***, a pesar de años de observaciones y conocimiento científico", dijo. "Se negó a admitir que la recuperación es más protectora que una vacuna, a pesar de que el conocimiento previo y las observaciones muestran que las personas vacunadas no recuperadas tienen más probabilidades de infectarse que las personas recuperadas".

  "Usted se negó a admitir que ***los 'vacunados' son contagiosos a pesar de las observaciones***. En base a esto, ***esperaba lograr la inmunidad colectiva mediante la 'vacunación', y también fracasó en eso***".

  El inmunólogo senior también condenó al gobierno israelí por "ignorar el hecho de que ***la enfermedad es decenas de veces más peligrosa para los grupos de riesgo y adultos mayores, que para los jóvenes que no están en grupos de riesgo***, a pesar del conocimiento que llegó desde China ya desde 2020".

  Al mismo tiempo, las autoridades nunca establecieron un sistema efectivo para monitorear los efectos secundarios de la "vacunación", ***que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más jóvenes***, mientras tomaban represalias contra los médicos que informaron lesiones por "vacunas", dijo Qimron. "***Los médicos evitan vincular los efectos secundarios a la 'vacuna', no sea que los persigan como hicieron con algunos de sus colegas***", acusó.

Los jóvenes corren poco riesgo de muerte o enfermedad grave por la Covid-19, con una tasa de supervivencia no inferior al 99.9 % para los menores de 40 años, según estimaciones del profesor de la Universidad de Stanford, el Dr. John Ioannidis.

La investigación muestra que las "vacunas" en realidad causan ***más daño que el virus en sí mismo para los grupos de edad más jóvenes***. Un estudio publicado por investigadores británicos encontró que ***las inyecciones aumentan significativamente más el riesgo de inflamación cardíaca potencialmente mortal en hombres menores de 40 años que el Covid-19 y pueden provocar formas más mortales de la afección cardíaca***.

"***Ha ignorado muchos*** informes ***de cambios en la intensidad menstrual y la duración del ciclo menstrual***", señaló Qimron en su carta al Ministerio de Salud. "Escondiste datos que permiten una investigación objetiva y adecuada. En cambio, ***eligió publicar artículos no objetivos junto con altos ejecutivos de Pfizer sobre la efectividad y seguridad de las vacunas***".

"La verdad es que ha llevado la confianza del público en usted a un nivel sin precedentes y ha erosionado su estatus como fuente de autoridad", acusó, señalando ***las*** tasas elevadas ***de problemas mentales y mala conducta entre los estudiantes israelíes durante las restricciones de Covid***.

"***Has destruido la educación de nuestros hijos y su futuro***", dijo Qimron. "***Hiciste que los niños se sintieran culpables, asustados, fumaran, bebieran, se volvieran adictos, abandonaran la escuela y se pelearan, como atestiguan los directores de escuelas de todo el país. Ha dañado los medios de subsistencia, la economía, los derechos humanos, la salud mental y la salud física***".

Israel ha sido conocido por una de las respuestas Covid-19 más duras del mundo, ordenando repetidamente bloqueos nacionales de semanas e introduciendo un "pase verde" de "vacunación" para acceder a todos los sectores de la economía excepto los "esenciales". El país levantó la mayoría de las restricciones el verano pasado, pero las volvió a implementar en agosto cuando ***las personas "***vacunadas***" abrumaron los hospitales israelíes en medio del fracaso de la "vacuna"***.

Pero eso no impidió que las autoridades de salud enfrentaran a las personas contra los no "vacunados" y los enmarcaran como "propagadores de enfermedades" y "enemigos del público", según Qimron:

Calumniaste a compañeros que no se rendían a ti, pusiste al pueblo en contra, dividiste a la sociedad y polarizaste el discurso. Usted calificó, ***sin ninguna base científica, a las personas que optaron por no "vacunarse" como enemigos del público y como propagadores de enfermedades***. Usted promueve, de manera sin precedentes, una política draconiana de discriminación, negación de derechos y selección de personas, incluidos niños, para su elección médica. ***Una selección que carece de toda justificación epidemiológica***.

Qimron señaló específicamente la Declaración de Great Barrington, una declaración que recomienda restricciones limitadas de Covid y protección específica de grupos de alto riesgo, firmada por más de ***60 000 científicos y profesionales médicos en todo el mundo***. Los funcionarios israelíes optaron por "ridiculizar, calumniar, distorsionar y desacreditar" a los firmantes mientras ***impulsaban políticas que "solo añadían víctimas más allá de las vulnerables al virus"***, dijo Qimron.

"La economía que arruinaste, los desempleados que causaste y los niños cuya educación destruiste, son las víctimas excedentes como resultado de tus propias acciones únicamente".

"***Actualmente no hay ninguna emergencia médica***", continuó el inmunólogo. "***La única emergencia ahora es que aún establece políticas y tiene grandes presupuestos para propaganda e ingeniería psicológica*** en lugar de dirigirlos para fortalecer el sistema de atención médica".

- El Dr. Montagnier, galardonado con el **premio Nobel de Medicina** en el año 1984 por el descubrimiento y codificación del VIH, ha resumido los peligros potenciales de estas "vacunas":

  - Efectos secundarios a corto plazo:

    "Éstas no son las reacciones locales normales que se encuentran para cualquier vacuna, las reacciones graves involucran la vida del receptor, como un **shock anafiláctico relacionado con un componente de la mezcla de la 'vacuna', o alergias graves o una reacción autoinmune a la aplasia celular. En este grupo deberíamos incluir una serie de problemas sanguíneos letales que implican coágulos y pérdida de plaquetas que provocan accidentes cerebrovasculares, hemorragias cerebrales** y otros impactos".

  - Falta de protección de la "vacuna":

    "**Los anticuerpos inducidos no neutralizan una infección viral, sino que la facilitan dependiendo del receptor**. Es posible que este último ya haya estado expuesto al virus de forma asintomática. Los anticuerpos inducidos naturalmente pueden competir con los anticuerpos inducidos por la 'vacuna'".

    "**La producción de anticuerpos inducida por 'vacunación' en una población altamente expuesta al virus conducirá a la selección de variantes resistentes a estos anticuerpos. Estas variantes pueden ser más virulentas o más transmisibles**. Esto es lo que estamos viendo ahora. Una carrera interminable de 'vacunas' contra el virus que siempre se convertirá en una ventaja para el virus".

  - Efectos a largo plazo:

> “Contrariamente a lo que afirman los fabricantes de “vacunas” de ARN mensajero, **existe el riesgo de integración del ARN viral en el genoma humano**. Nuestras células tienen la capacidad de invertir la transcriptasa del ARN al ADN. Aunque se trata de un evento poco común, no se puede excluir su paso a través del ADN de las células germinales y su transmisión a las generaciones futuras”.

Recientemente, ha hecho unas declaraciones de tremendo impacto:

Ha confirmado que no hay posibilidad de supervivencia para las personas que recibieron alguna forma de “vacuna”. “No hay esperanza ni tratamiento posible para quienes ya han sido vacunados. Debemos estar preparados para incinerar los cuerpos”. Apoyó las afirmaciones de otros virólogos destacados después de estudiar los componentes de la vacuna. “Todos morirán por la mejora dependiente de aanticuerpos. No se puede decir nada más. Es un gran error, ¿no? Un error científico y también un error médico. Es un error inaceptable. Los libros de historia mostrarán esto, porque es la ‘vacunación’ la que está creando las variantes”.

Las duras opiniones del Dr. Montagnier han sido compartidas por el estimado virólogo belga Dr. Vanden Bossche:

"Dada la **enorme cantidad de escape inmunológico que provocarán las campañas de “vacunación” masiva y las medidas de contención complementarias**, es difícil imaginar cómo las intervenciones humanas no harían que **la pandemia de Covid-19 se convirtiera en un desastre increíble para la salud global e individual**".

De igual forma, confirmando lo que dice el Dr. Montagnier, **4 doctores de tremendo prestigio como son: Judy Mikovitz, Sherry Tenpenny, Dolores Cahill y María Mirande, afirman que un gran número de “vacunados” morirán** (1) (2) (3), según el Dr. Peter McCullough: “**El programa de ‘vacunación” masiva contra la Covid será 'uno de los más mortales' de la historia”**, “**la mejor forma de permanecer saludable ahora mismo, es mantenerse** alejado **de las ‘vacunas' antiCovid-19"**; incluso, otro autor ha establecido una correlación entre las dosis de “vacunas” administradas y la (IA) incidencia acumulada a 14 días y el porcentaje de ocupación de camas UCIs. Siguiendo en la misma línea, el director del Instituto de Patología de la Universidad de Heidelberg, **Dr. Peter Schirmacher**, que ha realizado más de cuarenta autopsias en personas que han fallecido dos semanas después de su “vacunación”; ha dicho que en su opinión, se subestima la frecuencia de las consecuencias fatales de las “vacunas:, según él, **entre un 30 y un 40% de ellas murieron como consecuencia de la “vacuna”**.

- El médico estadounidense Dr. Patrick Whelan advirtió a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. Hace un año, antes del lanzamiento de la “vacuna”, que ***los pinchazos basados en la proteína de pico pueden*** desencadenar ***síntomas de Covid grave, incluidos coágulos de sangre, inflamación del cerebro y daño al corazón y al hígado y riñones***. Whelan,

un especialista en pediatría que atiende a niños con síndrome inflamatorio multisistémico, instó a tener especial cuidado al administrar la "vacuna" a niños y adultos jóvenes, ya que normalmente luchan contra la infección en sus primeras etapas. Antes de que cualquiera de las "vacunas" fuera aprobada para su uso generalizado en humanos, dijo, debería haber una evaluación de los efectos en el corazón.

La "vacuna" incluye una modificación en el código de ARN ***destinada a sintetizar abundantes copias de la proteína pico, que se convierte en billones de moléculas, según esta*** presentación ***visual producida por el Dr. Charles Hoffe, un médico canadiense***. Él dice que la mayoría de las personas que reciben la inyección de Covid "están teniendo coágulos de sangre que ni siquiera tienen idea de que están teniendo". La modificación, junto con un dispositivo que protege el mecanismo de ARN contra la destrucción inmediata por parte del cuerpo, puede permitir que los pinchazos presenten un riesgo mayor en algunos receptores que la infección natural, ya que esto suele ser tratado con éxito por un sistema inmunológico sano. Nadie sabe exactamente cuánta proteína produce el pinchazo, ni cuánto tiempo dura en el cuerpo.

- Otro patólogo alemán descubrió a partir de autopsias realizadas a 40 personas, que murieron a raíz de la inyección, que ***entre el 30 y el 40% estaban relacionados con la "vacuna"***. El profesor Peter Schirmacher cree que ***muchas de esas muertes se pasan por alto, y los médicos las atribuyen a causas naturales***.

- El ex jefe del Grupo de Trabajo de Vacunas del Reino Unido, el Dr. Clive Dix, ha declarado que ***la campaña de "vacunación" masiva de la nación debería terminar, junto con el seguimiento interminable de "números de casos"***. El Dr. Dix le dijo a Sky News que ***las "vacunas" originales fueron diseñadas para detener la infección y la transmisión, lo que no ha sucedido***.

  Las "vacunas" antiCovid-19 también se implementaron para detener enfermedades graves, pero la ola de nuevas variantes ha significado que ***las "vacunas" no detienen las infecciones***. El Dr. Dix explicó que las teóricas nuevas variantes son "mucho, mucho más leves", por lo que "no tiene sentido administrar más y más 'vacunas' a las personas que no se van a enfermar gravemente".

  "La gente debería simplemente ir a trabajar, ocuparse de sus asuntos. Si se enferman, vayan a casa y quédense en casa". Dix continuó, compartiendo sentimientos similares a otros médicos que señalan que ***la ciencia detrás de la eficacia de la 'vacuna' Covid-19 es limitada en el mejor de los casos***.

- El cardiólogo estadounidense y editor de la revista, el Dr. Peter McCullough, advirtió que ***la "vacuna" puede dañar el tejido cardíaco de formas que al principio pasan desapercibidas, pero que crean tejido cicatricial que puede causar disfunción cardíaca permanente más adelante en la vida***. "Este será considerado el lanzamiento de un medicamento biológico más peligroso en la historia de la humanidad", dice. McCullough también ha

destacado un aumento en las muertes de niños en el Reino Unido desde que el NHS comenzó a vacunar a los adolescentes de 12 años o más contra la Covid.

- Un análisis de los datos de reacciones adversas de la 'Tarjeta amarilla' del Reino Unido realizado por la consultora de medicina basada en evidencia de la Dra. Tess Lawrie ***encontró miles de informes de coagulación de la sangre después de las inyecciones antiCovid***. ***Casi todas las venas y arterias se vieron afectadas, y todos los órganos, incluidas partes del cerebro, los pulmones, el corazón, el bazo, los riñones, los ovarios y el hígado, "con consecuencias potencialmente mortales y que pueden cambiar la vida***. Lawrie instó a los reguladores del Reino Unido ya en junio pasado a declarar que la vacuna no es segura para su uso en humanos debido a las muertes y reacciones adversas que se informan.

- El Dr. Vernon Coleman explica por qué la mayoría de los "vacunados" morirán temprano:

  Todos sabemos que ***los riesgos a corto plazo para quienes aceptan las inyecciones son horribles, peores que los riesgos asociados con cualquier vacuna o medicamento tradicional que se haya fabricado***, y ha habido algunas historias de terror en el pasado asociadas con productos farmacéuticos.

  Se supo a fines de 2020, hace un año, que las inyecciones causarían problemas cardíacos, accidentes cerebrovasculares, problemas neurológicos, miocarditis y pericarditis.

  He escrito mil palabras sobre los problemas a corto plazo con estos sueros, pero también he estado investigando los peligros a medio y largo plazo y lo que he encontrado es realmente aterrador. ***La mayoría de los 'vacunados', me temo, tendrán suerte de durar cinco años***, y todo por un pinchazo que no hace lo que la mayoría de la gente cree que hace. Para ser honesto, cualquiera que todavía acepte uno de estos sueros debe ser considerado suicida o loco certificado. ***La esperanza de vida se reducirá drásticamente***, y no solo porque la calidad de la atención médica se deteriore a diario. Honestamente, me resulta difícil creer que haya personas a las que les hayan lavado el cerebro tanto y estén tan aterrorizadas por las mentiras que han escuchado que aceptarán tantas inyecciones como se les ofrezcan.

  Primero, por supuesto, están los ***problemas cardíacos***. Parece que el daño al corazón que es responsable de que tantos deportistas en forma caigan muertos o colapsen, probablemente afectará a muchas más personas de las que conocemos. Los médicos difícilmente pueden extraer corazones de pacientes vivos para ver cuántos están sufriendo problemas cardíacos graves en sus primeras etapas. Y son los primeros días en lo que respecta a la miocarditis y la pericarditis y otros problemas. Este problema es ahora una parte permanente de la vida de muchos. Y todo fue predicho con gran precisión. Una vez más, mire hacia atrás en los videos que hice durante los últimos dos años. Todo estaba previsto. Todos los vídeos están en Brand New Tube. Advertí que más, mucho más, morirán de los pinchazos de los que morirán de la gripe renombrada.

Por supuesto, parece que los problemas cardíacos empeoran con el ejercicio intenso. Me temo que habrá muertes repentinas entre los que trabajan, cavan nieve o hacen trabajos de jardinería. Las muertes entre los ancianos se descartarán como resultado del envejecimiento ordinario.

Por cierto, ¿ha notado que recientemente la línea oficial es que las personas que van al gimnasio tienen más probabilidades de sufrir accidentes cerebrovasculares o ataques cardíacos, como si el problema fuera simplemente ir al gimnasio? No se menciona el pinchazo como la causa. Están tratando de normalizar los accidentes cerebrovasculares y los ataques cardíacos para cubrir las lesiones que icasionan los sueros.

Lamentablemente, ***no tengo ninguna duda de que veremos a más y más personas que sufren graves problemas cardíacos como resultado de los pinchazos***. Los ancianos morirán antes de lo que hubieran muerto de otra manera. Pero las muertes entre los jóvenes seguirán sorprendiendo. Ya se han pedido que se coloquen desfibriladores en las escuelas y clubes deportivos debido a la epidemia sin precedentes de ataques cardíacos.

El cambio en el sistema inmunológico por los pinchados también será de gran importancia. Se ha informado que muchos de los que han recibido doble pinchazo han perdido gran parte de la capacidad de su sistema inmunológico. Esto significará que son ***increíblemente vulnerables a muchas enfermedades***.

Entonces, sospecho que ***los "vacunados" serán extremadamente vulnerables a nuevas variaciones de la gripe***. Se les animará constantemente a aceptar nuevos pinchazos, nuevas dosis de refuerzo, etc. Los ignorantes, los temerosos y los susceptibles se convertirán en alfileres, las compañías farmacéuticas obtendrán innumerables miles de millones en ganancias, la profesión médica recibirá enormes honorarios por pinchar y los malvados conspiradores detrás de la Agenda para un gobierno mundial se acercarán cada vez más a su objetivo. Los pasaportes Covid se transformarán, aparentemente de forma natural, en pasaportes digitales, que contienen detalles financieros, etc., y la esclavitud será completa. El futuro está ahora muy, muy cerca.

También habrá graves problemas neurológicos. Estos ya se están desarrollando; la parálisis del nervio facial es bien conocida, por supuesto. Pero habrá muchos otros que se conocieron en 2020.

¿Habrá problemas de fertilidad? Apuesto porque sí.

Cada vez más de mujeres que han recibido pinchazos y quedan embarazadas, ***nacerán con bebés subdesarrollados***. O ***los bebés tendrán problemas cardíacos graves***. Sin duda, ***muchos bebés se perderán a mitad de período o nacerán muertos***. El historial médico está plagado de ejemplos de medicamentos que todos dijeron que eran seguros, pero que resultaron no serlo.

¿Y qué pasará cuando esos bebés crezcan? ¿Serán completamente infértiles? ¿Qué otros problemas desarrollarán? El ARNm es un tipo de producto completamente nuevo. Nadie puede decirte exactamente lo que va a pasar. Nadie puede decirte qué pasará en cinco, diez o quince años. Tenemos que esperar y ver. Y antes de que alguien se burle, permítanme recordarles que ha habido medicinas que han afectado a los hijos de las mujeres que las tomaron.

El fármaco dietilestilbestrol (DES) es una versión fabricada de estrógeno. Se administró a mujeres embarazadas para prevenir abortos espontáneos. Se pensó que era seguro, aunque era inútil para esto. En 1971, se descubrió que el medicamento causaba cáncer y los médicos en Estados Unidos dejaron de recetarlo. Los médicos en Europa continuaron durante otros siete años.

El riesgo de cáncer para los "vacunados" no puede subestimarse. Ya hay señales tempranas de problemas. Un médico en Idaho, Estados Unidos, informa que ha visto ***un aumento veinte veces mayor en la incidencia de cáncer de endometrio en pacientes pinchadas***. Y, por supuesto, se sabe que los problemas menstruales son un problema grave entre las "vacunadas". Me temo que ***la incidencia de todos los tipos de cáncer aumentará drásticamente entre los "vacunados"***. Con el sistema inmunológico alterado, seguramente habrá grandes problemas por delante.

¿Podrá el "vacunado" tomar medicamentos recetados o de venta libre? Si toman aspirina o warfarina, por ejemplo, ¿empeorarán esos problemas de sangrado? Estamos en un territorio completamente nuevo. Dudo que los matemáticos y los especialistas en psicopedagogía que asesoran al Gobierno tengan mucha idea de los problemas que pueden ocurrir con las interacciones de los medicamentos en los seres humanos comunes. Y, dado que los sueros son completamente nuevos, no hay límite para la cantidad de problemas que se avecinan.

¿Y los pinchazos tendrán algún efecto en el cerebro de los "vacunados"? Bueno, me sorprendería si no lo hicieran. Cualquier cosa que parezca afectar el sistema circulatorio y el sistema inmunológico parece afectar al cerebro de alguna manera. Aparte de las hemorragias importantes, ¿qué va a pasar con la inteligencia del inoculado?

¿Cuánto tiempo vivirán? Me temo que muchos morirán durante los meses de invierno. ***Las tasas de mortalidad se dispararán en los próximos años***. Los gobiernos culparán a las nuevas variantes de la nueva gripe. Pero esa será otra mentira más. En promedio, me temo que ***a muchos de los inoculados no les queda más de cinco años antes de convertirse en una estadística***".

- El Dr. Wolfgang Wodarg expone una hipótesis de que especialmente hombres jóvenes y sobre todo hombres jóvenes deportistas, sufren miocarditis después de la "vacuna". "Ha llamado mucho la atención y se menciona incluso en las cartas rojas de los fabricantes, que dicen que hay que tener cuidado, que es un efecto secundario de la "vacuna" y especialmente en hombres jóvenes. En ellos el músculo está mucho más vascularizado. Al poner una "vacuna" intramuscular, la opción de "tocar" una vena es mucho mayor. La literatura médica menciona

entre el 5 y el 10% de los casos. Es decir, si no se aspira, debe contar con que entre el 5 y 10% de los casos va a introducir esas nanopartículas directamente en la vena. Y si entran en la vena, esas sustancias van en la sangre hasta el ventrículo derecho, donde hay un sistema de presión baja. O la sangre entra en contacto con el endotelio en las venas, donde tarda más que en el sistema de alta presión, con ello es posible que estas nanopartículas penetren en las células y naturalmente también en el ventrículo derecho donde se produce el ritmo cardiaco; también allí pueden penetrar las células. Así que todo esto no está libre de riesgos. No hay ningún examen posterior que se preocupe de analizarlo. Podría ser la razón por la cual muchos hombres jóvenes están sufriendo miocarditis tras la "vacuna". Más que el resto. Es una hipótesis que parece posible que se podría comprobar inyectando a estos hombres jóvenes con una sustancia coloreada trazable. Con ello veríamos donde se ha repartirdo la sustancia inyectada y estos estudios, no se están haciendo": Dra. Natalia Prego.

- En países como: Tailandia, Vietnam, Indonesia, Taiwan o Israel, que aún teniendo incidencias muy bajas o incluso nulas, decidieron empezar a "vacunar"; los datos de fallecimientos son demoledores tras la "vacunación". Unos meses antes de que las primeras "vacunas" Covid-19 recibieran la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) a finales de 2020, una experta en seguridad de vacunas a nivel mundial, advirtió que **las circunstancias apresuradas hacían esencial "hacer bien [el monitoreo de la seguridad]" mediante el escrutinio "intensivo" y "robusto" de los eventos adversos después del despliegue experimental. Como afirmó esta experta, "*desplegar cualquier nueva vacuna basada en datos de ensayos clínicos acelerados en una población sin un sistema de control de la seguridad que funcione es imprudente e irresponsable dadas las herramientas disponibles*"**. Además, añadió, "cualquier inversión necesaria para reforzar el control de seguridad sería poco costosa en comparación con la enorme financiación asignada al desarrollo y la ampliación de la "vacuna" Covid". El pasado mes de septiembre, esa misma experta, Dra. Helen Petousis-Harris, escribió que: "No evaluar la seguridad de las "vacunas" Covid con toda nuestra capacidad sería fundamentalmente un error".

- Aunque es muy alta la variedad de enfermedades en las que podríamos ver un aumento como resultado de esta campaña de "vacunas", se pueden hacer algunas predicciones generales. Ya hemos visto más casos de trastornos de la coagulación sanguínea, ataques cardíacos y derrames cerebrales, así como inflamación cardíaca. A largo plazo, la doctora Seneff cree que también **veremos más casos de cáncer, enfermedades aceleradas similares al párkinson, enfermedad de Huntington y todo tipo de enfermedades autoinmunes y trastornos neurodegenerativos**. La doctora Judy Mikovit**s también sospecha que muchas personas desarrollarán enfermedades crónicas y debilitantes, al igual que morirán de forma prematura**. Igualmente, considera que **quienes están infectados de manera asintomática con XMRV y gammaretrovirus de vacunas convencionales contaminadas, en un mayor riesgo. La "vacuna" antiCovid acelerará su muerte al paralizar su función inmunológica**. "Los niños 'vacunados' son bombas de tiempo", dijo Mikovits en una entrevista de mayo de 2021.

- El Dr. Francis Christian hizo esta importante observación: "**No he conocido a un solo niño o padre 'vacunado' que haya sido informado adecuadamente y que entienda los riesgos de esta 'vacuna' o sus beneficios". Con base en todos los datos sobre las muertes por Covid, está claro que para casi todas las personas, menores de 70 años, los riesgos superan los beneficios**.

- Organizado por UK Column, el viernes Doctors for Covid Ethics ("D4CE") celebró su segundo simposio, "Sounding the Call". El simposio estuvo compuesto por 15 expertos en ciencia, medicina, finanzas, medios de comunicación y derecho que hablaron como debían, libre y honestamente.

  En julio, D4CE y UK Column celebraron el primer simposio que fue un gran éxito. Durante los dos días del Simposio los expertos discutieron: La Falsa Pandemia; El reinicio directo en marcha; Primero no hacer daño; y, La Hora de la Justicia. Puede ver las cuatro sesiones del Simposio I aquí.

  La apertura del Simposio II de D4CE fue del Prof. Sucharit Bhakdi, Profesor Emérito de Microbiología Médica e Inmunología, ex Presidente del Instituto de Microbiología Médica e Higiene de la Universidad Johannes Gutenberg de Maguncia.

  Se ha demostrado que los ensayos clínicos son fraudulentos. "No hay evidencia alguna de la eficacia de estas vacunas basadas en genes para proteger contra enfermedades graves y la muerte", dijo el profesor Bhakdi.

  El 30 de julio, la directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ("CDC") de los Estados Unidos, Rochelle P. Walensky, emitió una declaración actualizando la guía de los CDC para las personas completamente "vacunadas". Los datos publicados en el Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad ("MMWR") de los CDC, ***"demostraron que la infección por Delta resultó en cargas virales de SARS-CoV-2 igualmente altas en personas "vacunadas" y no "vacunadas", las personas "vacunadas" infectadas con Delta pueden transmitir el virus"***.

  "El beneficio de cualquier vacuna es cero porque ninguna vacuna le brinda ninguna protección contra una infección respiratoria" y "en segundo lugar, este virus es menos peligroso que la gripe estacional".

  En un vídeo anterior, el profesor Bhakdi explicó cómo ***las inyecciones antiCovid fueron diseñadas para fallar***. El sistema inmunitario tiene dos categorías de anticuerpos que funcionan casi por completo de forma independiente entre sí.

  Un conjunto de anticuerpos, en el torrente sanguíneo, protege los órganos internos, mientras que el otro, los linfocitos, protegen las membranas mucosas del tracto respiratorio e intestinal. Los anticuerpos producidos por los linfocitos, que se encuentran debajo de las membranas mucosas, están en el sitio para encontrarse con los virus transmitidos por el aire. Pero los anticuerpos en el torrente sanguíneo, como los inducidos por una inyección, no pueden proteger las

membranas mucosas del tracto respiratorio. "Por lo tanto, ***ninguna de estas vacunas puede funcionar***", dijo el profesor Bhakdi.

Si el beneficio es cero, ¿cuál es el riesgo?

Una vez que se inyecta en el músculo, la proteína espiga entra en el torrente sanguíneo y los ganglios linfáticos. Las células de los ganglios linfáticos y las células en contacto con el torrente sanguíneo, las células que recubren los vasos sanguíneos, fabrican la proteína espiga. A partir de ahí, la proteína espiga entrará en numerosos tejidos y órganos de su cuerpo, que a su vez también pueden fabricar la proteína espiga. Cualquier célula de su cuerpo que produzca estas proteínas espigas será atacada por su sistema inmunológico, dijo el profesor Bhakdi, "el temor es que ***habrá un ataque masivo de sí mismo del sistema inmunológico***".

Los detalles del programa del Simposio II, así como las breves biografías de los participantes, se pueden encontrar aquí y puede ver el simposio completo de 4 horas aquí. La declaración de apertura del Prof. Bhakdi comienza a las 00:08:33.

- Un destacado médico sudafricano que jugó un papel clave en el desarrollo de tratamientos tempranos para Covid-19 ha dicho que ***las campañas de "vacunas" actuales tienen un propósito: "Controlar y matar a una gran proporción de nuestra población sin que nadie sospeche que fueron envenenados"***.

Esta controvertida afirmación fue realizada por un médico de familia en Sudáfrica, el Dr. Shankara Chetty, cuyo sitio web dice que ha tratado con éxito a 7000 pacientes con Covid-19 sin una sola muerte u hospitalización. También es el médico detrás de la "Terapia de octavo día para Covid-19" dirigida a pacientes en la etapa inflamatoria más peligrosa de la enfermedad.

En una grabación de vídeo, el Dr. Chetty dijo que si bien todos sabemos que hay inconsistencias y coacción en este momento, es importante comprender las razones. Para él, ***todo se reduce a la proteína Spike***.

"Si tuviera que darles mi opinión, en cuanto a lo que está sucediendo a escala global, ***la proteína de pico es una de las toxinas o venenos más artificiales que el hombre haya creado***", afirmó. "**Y el objetivo de esta toxina es matar miles de millones sin que nadie se dé cuenta**. Entonces, **es un veneno con una agenda**".

En su opinión, los bloqueos globales llevaron a los pacientes a llegar a los hospitales más tarde en la progresión de la enfermedad, y los protocolos utilizados fueron diseñados "para diseñar la muerte y el daño para despertar todo el miedo" con el fin de justificar la "vacunación" del planeta y exponer a todos de nosotros a la proteína de pico por más tiempo.

La proteína de pico de la "vacuna" se distribuirá por todo el cuerpo a través del ARNm y se producirá en diferentes tejidos de todo el cuerpo.

"***Esos*** [tejidos] ***serán reconocidos como extraños y desencadenarán una serie de respuestas autoinmunes***. *Por lo tanto, ¡****las muertes que deben seguir a las 'vacunas' nunca podrán atribuirse al veneno! Serán demasiado diversos, habrá demasiados y estarán en un marco de tiempo demasiado amplio para que entendamos que hemos sido envenenados***", dijo.

La capacidad de la "vacuna" para exacerbar ***enfermedades preexistentes significa que, en cambio, las muertes de las personas se atribuirán a las condiciones subyacentes que tuvieran, incluso si esas condiciones nunca las hubieran matado de otra manera***. Esto podría ser un brote de cáncer provocado por la "vacuna" que mata a los pacientes, cuyas muertes luego se atribuirían al cáncer en lugar de a la "vacuna". Del mismo modo, los diabéticos que tienen accidentes cerebrovasculares y las personas con hipertensión que tienen ataques cardíacos tendrán sus enfermedades atribuidas a esas afecciones en lugar de a las "vacunas".

Durante muchas semanas, los médicos "marginales" han argumentado que las proteínas de pico producidas por las vacunas Covid-19 pueden provocar numerosas muertes esta temporada de invierno.

Ahora, semanas después, el New England Journal of Medicine sugiere una situación similar. ***Las proteínas de pico producidas por las "vacunas" Covid-19 pueden provocar miocarditis y problemas neurológicos***.

Los efectos posteriores de los anticuerpos que las personas producen contra la proteína del pico del coronavirus, pueden provocar miocarditis e incluso problemas neurológicos, han escrito dos investigadores médicos veteranos en la principal revista médica de los Estados Unidos. Uno de los escritores es oncólogo y profesor de la Escuela de Medicina de Harvard; el otro es un investigador del cáncer que tiene su propio laboratorio en la Universidad de California, Davis.

- Un médico canadiense destituido por administrar ivermectina a pacientes con Covid-19 advierte que ***las "vacunas" de ARNm Covid pueden alterar permanentemente el ADN y hacer que las células produzcan proteínas de pico "tóxicas" "para siempre", especialmente en los niños***. El Dr. Daniel Nagase explicó los mecanismos detrás de los peligros de los pinchazos de ARNm durante una discusión de los datos del ensayo de inyecciones publicados por Pfizer que mostraron al menos una ***tasa de reacciones adversas del 30% a las inyecciones "sin recuperación", incluidas las muertes, que representaron el 3% de los participantes del ensayo***.

Nagase le dijo a Will Dove en su Iron Will Show que incluso antes de enterarse de esta tasa "inaudita" del 30% de efectos secundarios, ***los funcionarios de salud deberían haber sabido de los peligros de insertar ARNm en las células, que dijo que se han establecido "desde los años 90"***.

Quizás ***lo más alarmante es que el ARNm*** [insertado](#) ***de las inyecciones tiene la capacidad de convertirse en ADN a través de la transcriptasa inversa, y Nagase dijo que esto es especialmente un peligro para los niños***.

"Las células que están experimentando cambios", dijo Nagase, al igual que las células de los niños, "***tienen niveles más altos de actividad de transcriptasa inversa que las células adultas que son básicamente estáticas. Esta transcriptasa inversa toma cualquier cosa que sea ARNm, y la transcribe inversamente a ADN***".

"***Una vez que algo ha sido transcrito al ADN, puede*** integrarse ***en el núcleo de la célula... por lo que puede cambiar permanentemente el ADN de esa célula***", continuó Nagase.

"Entonces, ***esta mayor*** preponderancia ***de la transcriptasa inversa dentro de los niños sería la explicación de por qué estamos viendo un mayor porcentaje de reacciones adversas en ellos***, ¿es correcto?" Preguntó Dove.

"Absolutamente", respondió Nagase.

Nagase había destacado previamente los datos del ensayo de Pfizer que mostraban que ***de 34 eventos adversos reportados en niños (esto fue antes de que la "vacuna" fuera realmente aprobada para niños), 24 de esos niños tenían efectos secundarios "graves" y 10 de esos niños tenían efectos secundarios "no graves"***.

Nagase explicó además que ***debido a que el ADN puede alterarse a través de la transcriptasa inversa, y el ADN programará las células para crear la proteína espiga, no importa qué dosis de la inyección se administre a los niños. Las dosis más bajas, dijo, solo ralentizarán el tiempo que tardan las células en reprogramarse***.

En respuesta a la pregunta de Dove sobre si hay "alguna forma en que podamos denominar esto como algo más que un arma biológica", Nagase respondió: "***Están*** diseñadas ***para causar cambios permanentes en la célula. Engañar a la célula para que produzca una proteína no humana que no tiene ningún beneficio para la salud de esa célula. La proteína espiga en sí misma es tóxica y causa mutación al inhibir la reparación del ADN***".

"***Entonces, si estás*** inyectando ***algo en las personas que hace que su cuerpo produzca un mutágeno, una toxina que impide la reparación del ADN, eso es, por definición, causar daño a las personas***. ***E inyectar a las personas con algo que les causa daño a través de un mecanismo biológico: Bueno, esa es más o menos la definición de un arma biológica***, ¿verdad?".

Al señalar que un alto número de atletas jóvenes "han abandonado el campo de juego", alrededor del "70%" de los cuales murieron, Dove preguntó: "¿Qué va a pasar ahora que están inyectando esto en niños de cinco años?"

"No puedo describirlo de otra manera que el sacrificio de niños. El Dr. Hodgkinson en Edmonton, fue el primero en salir en público y decir, esto es en realidad un sacrificio de niños. Tengo que estar de acuerdo con él al 100%", dijo Nagase.

"Esto nunca debería haber sido considerado para inyección en niños porque los resultados de los adultos han sido tan condenatorios, tan desastrosos", continuó Nagase.

Para explicar los frecuentes incidentes de atletas que "caen" del campo mencionado por Dove, Nagase propuso que los atletas pueden sufrir efectos secundarios más graves que los no atletas. Dijo que esto se debe a que ***la proteína espiga producida por el pinchazo actúa como un "abrasivo" en el cuerpo, y los corazones de los atletas bombean más fuerte a medida que se esfuerzan, exacerbando el efecto de la proteína espiga abrasiva, que "puede causar daños mecánicos en el interior de los vasos sanguíneos***".

Nagase destacó el hecho de que ***los datos de Pfizer mostraron una tasa alarmantemente alta de efectos adversos graves en mujeres embarazadas: 75 de 274 mujeres, o el 27%***.

"Cualquier mujer embarazada que recibió esta inyección después del 30 de abril de 2021 debería demandar a su obstetra por negligencia", dijo Nagase. Cuando Dove señaló que estos datos excluían cualquier efecto en los niños, Nagase continuó señalando: "Este es solo el daño que descubrieron en los primeros tres meses entre el 1 de diciembre y el 28 de febrero. Un embarazo es de nueve meses completos. No sabemos cuántos de los otros casos que no fueron graves en los primeros dos meses podrían convertirse en eventos graves, abortos espontáneos, mortinatos, defectos de nacimiento, deformidades".

Nagase señaló además que la proteína producida por ***el pinchazo de ARNm interfiere con el mecanismo normal del cuerpo para combatir el cáncer, "detectando proteínas anormales en la circulación"***.

Si "su cuerpo está produciendo continuamente una proteína anormal, no va a ser capaz de detectar ***las proteínas anormales que provienen de una célula cancerosa con la misma precisión y sensibilidad que tendría si no hubiera proteínas de pico anormales circulando todo el tiempo***", dijo Nagase.

Dijo que ***hay otras dos formas en que la proteína espiga puede contribuir al*** cáncer: ***una es que desvía los ribosomas necesarios para crear proteínas para proteger a las células de las toxinas o el estrés, y las usa para crear las proteínas espiga en su lugar; la otra es que "conducen a mutaciones al prevenir los procesos normales que una célula utiliza para reparar cualquier daño al ADN***", dijo Nagase, señalando que esto se demostró en un estudio publicado el 13 de octubre.

Nagase concluyó que los peligros de los pinchazos de ARNm son "ciertamente premeditados". ***En experimentos anteriores de ARNm en animales con el***

virus SARS-CoV-1, dijo: "Hicieron una vacuna de ARNm. ¿Y adivina qué? ¡Todos los animales que recibieron la vacuna cuando estuvieron expuestos al SARS Covid uno, murieron! Y los animales que no recibieron la vacuna, sobrevivieron".

- El pediatra de Oregon, el Dr. Paul Thomas habla sobre los sueros experimentales:

  Lo más peligroso que ha salido al mercado y que no debería llamarse "vacuna" es el ARNm de Covid, inyección de manipulación genética. Ni siquiera quiero llamarlo terapia génica, porque no estás tratando nada. Estás inyectando ARN mensajero que está dirigiendo a tus células a producir proteínas de punta, lo cual es muy peligroso para tu salud".

  Thomas dijo que ***la "vacuna" Covid no tiene ningún beneficio***. "Quiero decir, literalmente, en los muy, muy ancianos, tal vez durante unos meses, obtienen un ligero beneficio, y luego los beneficios se pierden y estás en peor forma que antes. Así que ese es un ejemplo de un desastre de lo que ellos llaman una vacuna".

  Recordó que uno de sus pacientes recibió la "vacuna" Covid y terminó hospitalizado por miocarditis, que fue la primera en sus 35 años de práctica.

  "Los niños están en cero, básicamente se puede decir cero riesgo de muerte por Covid. La propia enfermedad. Es como un resfriado. Es como una gripe leve. Y esa ha sido ciertamente la experiencia de mi práctica", enfatizó Thomas.

  "***No es necesario que apresure a su hijo para que le administren una vacuna que conlleva un riesgo tan increíble de muerte real***".

- Un radiólogo anónimo informa una observación impactante en 2021. Este radiólogo ha sido testigo de ***un aumento de 360 veces en la adenopatía inexplicable después de las "vacunas" Covid-19. La adenopatía es el término médico para los ganglios inflamados o los ganglios linfáticos inflamados (linfadenopatía)***. La adenopatía no es una enfermedad específica, pero es un síntoma importante de alguna afección subyacente. Es posible que los médicos no estén adecuadamente capacitados para identificar cuándo las vacunas son la causa de la adenopatía.

  En su práctica, el radiólogo ve alrededor de un caso de adenopatía inexplicable cada seis meses. Sin embargo, una vez que se implementaron las vacunas covid-19, ¡el radiólogo ha visto de dos a tres casos de adenopatía inexplicable por día! Este es un aumento de 360 veces de una condición rara, y esta es su estimación más conservadora.

  El cuerpo humano contiene aproximadamente seiscientos ganglios linfáticos. Estos ganglios linfáticos transportan linfa y son una parte integral del "sistema inmunológico" humano. Los líquidos que pasan a través de los tejidos del cuerpo se filtran primero a través de los ganglios linfáticos. El sistema linfático es responsable de proporcionar glóbulos blancos para ayudar a combatir las

bacterias y virus infecciosos. Si los ganglios linfáticos y las glándulas están inflamados, a menudo indica que el cuerpo está combatiendo una infección, como un resfriado común. Los ganglios linfáticos inflamados suelen ir acompañados de secreción nasal, dolor de garganta, dolor de oído, fiebre y cansancio. La hinchazón también podría indicar una infección más grave como estreptococo, Lyme o VIH.

El radiólogo que habló sobre el aumento de las adenopatías dijo que las biopsias mostraron resultados similares. Las biopsias no muestran enfermedad metastásica ni linfoma. La hinchazón se considera "inespecífica" y, por lo tanto, no tiene explicación y se determina que se debe a causas desconocidas. El aumento inexplicable de las adenopatías podría ser una evidencia patológica de inflamación inducida por vacunas, trastornos linfáticos y afecciones autoinmunes que apenas están comenzando a tomar forma.

- El artículo de Stephanie Seneff, científica del MIT, titulado "Worse Than the Disease: Reviewing Some Possible Unintended Consequences of mRNA Vaccines Against Covid-19", se publicó en el International Journal of Vaccine Theory, Practice and Research en colaboración con el Dr. Greg Nigh, y es una de los mejores y más completas descripciones de las posibles consecuencias indeseadas de las tecnologías de transferencia de genes de ARNm, a las que se les denomina de forma incorrecta como "vacunas antiCovid".

  El 9 de diciembre de 2021, su artículo se reimprimió en la revista Townsend Letter, the Examiner of Alternative Medicine. La Dra. Seneff es una investigadora científica sénior del MIT que ha realizado investigaciones durante más de cinco décadas y que además se ha dedicado a investigar los peligros y mecanismos de acción del glifosato durante gran parte de su carrera.

  Su interés se centró en la ciencia de las tecnologías de transferencia de genes de ARNm a principios de 2020, cuando se anunció la Operación Warp Speed.

  En mayo de 2021 dijo lo siguiente:

  "***Haber desarrollado esta tecnología nueva tan rápido y omitir tantos pasos en el proceso para evaluar su seguridad, es un acto demasiado imprudente***. Mi instinto me dijo que esto estaba mal y necesitaba descubrir la verdad.

  Entonces, investigué sobre las personas que desarrollaron estas "vacunas", y luego en la literatura de investigación más extensa sobre esos temas. Y ***hasta la fecha sigo sin entender cómo estas 'vacunas' pueden hacer algo bueno***".

  En ese momento, apenas cinco meses después de que inició la campaña de "vacunación", Seneff sospechaba que ***las "vacunas" antiCovid matarían a muchas más personas que la propia infección***. Hoy, un año después, las estadísticas son desalentadoras y demuestran que su predicción es real.

La Dra. Seneff y el Dr. Nigh predijeron estas consecuencias en su artículo, lo que hace que los eventos sean aún más trágicos. Es importante destacar que el VAERS no cuenta con todos los registros, por lo que el impacto de estas "vacunas" en el mundo real es mucho mayor de lo que sugieren esos datos.

Como explican la Dr. Seneff y el Dr. Nigh en su artículo, existe una razón muy obvia para sospechar que estas "vacunas" de transferencia de genes tendrán impactos devastadores a largo plazo, lo que causará muchas muertes durante la próxima década.

Como se predijo en el título del artículo de Seneff, parece que ***el tratamiento podría ser peor que la enfermedad***. Esto es muy cierto para los niños y adultos jóvenes que murieron o que quedaron discapacitados de forma permanente por las "vacunas", a pesar de que tenían un riesgo muy bajo de morir o de que los afectara la propia infección.

Seneff sospecha que ***en los próximos 10 a 15 años veremos más enfermedades priónicas, autoinmunes y neurodegenerativas a edades más tempranas, al igual que alteraciones en la sangre como coágulos, hemorragias, derrames cerebrales e insuficiencia cardíaca***.

La razón por la que vemos todos estos problemas con las "vacunas" antiCovid es porque programan ***sus células para producir de manera continua la proteína Spike del SARS-CoV-2***, que ahora sabemos que es la parte más peligrosa del virus. Muchos expertos descubrieron esto desde el principio y se preguntaban qué podrían pensar los desarrolladores de vacunas, al seleccionar esto como el antígeno para sus vacunas.

Aunque las "vacunas" de ARNm pueden causar daño de muchas formas diferentes, un problema básico es que ***pueden estimular en exceso el sistema inmunológico hasta el punto de fallar***. En resumen, ***a medida que sus células comienzan a producir la proteína Spike viral, sus células inmunes se unen para absorber las proteínas y dejarlas en su sistema linfático. Esta es la razón por la que muchas personas reportan ganglios linfáticos inflamados debajo de los brazos***.

La respuesta de anticuerpos forma parte de su inmunidad humoral, también tiene inmunidad celular, que es parte de su sistema inmunológico innato. Su sistema inmunológico innato es muy poderoso. Si está sano, puede eliminar los virus sin producir ni un solo anticuerpo. De hecho, los anticuerpos son un efecto de respaldo para cuando falla su sistema inmunológico innato.

El problema es que su sistema inmunológico innato no se activará ***y tal vez no lo protegerá si recibe una "vacuna" antiCovid-19, ya que evita todas las áreas donde su sistema inmunológico innato actuaría***.

Por lo general, usted inhala el virus y estimula la producción de anticuerpos IgA secretores que protegen su sistema respiratorio. ***Cuando se ignora esa ruta de***

exposición debido a una vacuna en el brazo, no se producen anticuerpos IgA secretores, lo que lo deja susceptible a la infección.

Como lo explicó Ronald Kostoff en un excelente artículo, publicado en el portal Trial Site News, el 8 de diciembre de 2021, titulado: "Covid-19 'Vaccines': The Wrong Bomb Over the Wrong Target at the Wrong Time":

"***Una vacuna efectiva se centraría en la inmunidad celular en el tracto respiratorio e intestinal, en el que los IgA secretores se producen por los linfocitos que se encuentran justo debajo de las membranas mucosas que recubren el tracto respiratorio e intestinal.***

Los anticuerpos que se producen por estos linfocitos se expulsan a través y hacia la superficie de los revestimientos. Por lo tanto, estos anticuerpos están en el sitio correcto para encontrarse con virus presentes en el aire y podrían prevenir la unión viral y la infección de las células.

Por desgracia, los principales inoculantes que se utilizan para el Covid-19 se centran en los anticuerpos (IgG e IgA circulante) que se encuentran en el torrente sanguíneo. Estos anticuerpos protegen los órganos internos del cuerpo contra agentes infecciosos que intentan propagarse a través del torrente sanguíneo".

Cuando le aplican la "vacuna" antiCovid, su cuerpo solo inducirá ***IgG e IgA circulante, no IgA secretora, y estos tipos de anticuerpos no protegen de forma efectiva sus membranas mucosas de la infección por SARS-CoV-2.*** Entonces, como señaló Kostoff, el repunte de infecciones que vemos ahora "confirman los fallos de diseño fundamentales" de esta tecnología de transferencia de genes.

"Las 'vacunas' que se utilizan hoy en día hacen que las células del interior de nuestro cuerpo expresen la proteína Spike viral, algo que la naturaleza nunca tuvo la intención de hacer".

Cualquier célula que exprese este antígeno extraño en su superficie será atacada por el sistema inmunológico, que involucrará tanto a los anticuerpos IgG como a los linfocitos T citotóxicos. Esto podría suceder en cualquier órgano, pero el daño será más grave en los órganos vitales.

Hoy en día vemos que los problemas de corazón son muy comunes en las personas jóvenes, lo que provoca una miocarditis o incluso un paro cardíaco repentino y la muerte. En otras palabras, ¡lanzamos la bomba equivocada sobre el objetivo equivocado en el momento equivocado!".

Al final, su cuerpo supondrá ***que su sistema inmunológico innato falló, lo que significa que debe traer la caballería de respaldo. En esencia, su cuerpo ahora reacciona de forma exagerada a algo que no es cierto. En realidad, no está infectado con ningún virus y su sistema inmunológico***

innato tampoco falló, pero su cuerpo se ve obligado a responder como si ambos fueran ciertos.

Además, el ARN sintético en las "vacunas" de ARNm contiene un nucleótido llamado metil-pseudouridina, que el cuerpo no puede descomponer, mientras que el ARN está programado para activar la producción máxima de proteínas. Entonces, esto es una manipulación del ARN nunca antes vista.

Es muy importante mencionar que se trata de un ARNm transgénico para la proteína Spike. No es idéntico al ARNm de la proteína Spike que produce el SARS-Cov-2, debido a que se alteró con el fin de evitar que su cuerpo lo metabolice.

La proteína Spike que su cuerpo produce ***en respuesta a la "vacuna" antiCovid-19 se bloquea en su receptor ACE2. Esto se debe a que la nueva proteína Spike modificada de forma genética tiene insertadas prolinas adicionales que evitan que los receptores se cierren de forma correcta, lo que hace que regule descendentemente la ACE2. Así es cómo termina con problemas como hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca ventricular y derrame*** cerebral.

Como se indica en un documento de 2020, existe una "relación fundamental" entre la deficiencia de ACE2 y la infección por SARS-CoV-2. Las personas con deficiencia de ACE2 tienden a ser más propensas a tener Covid-19 grave. La proteína Spike suprime la enzima ACE2 y empeora la deficiencia. De acuerdo con Seneff, las "vacunas" de transferencia de genes hacen justo lo mismo y todavía no sabemos cuánto duran los efectos.

En un principio, los fabricantes supusieron que el ARN sintético podría sobrevivir en el cuerpo humano durante unos seis meses. ***Una investigación más reciente*** descubrió ***que la proteína Spike persistió en pacientes que supuestamente se recuperaron de Covid, durante 15 meses***.

Esto plantea la sospecha de que el ARNm sintético y más persistente en las "vacunas" antiCovid podría hacer que se produzca la proteína Spike durante al menos el mismo tiempo, y tal vez más. Es más, la cantidad de proteína Spike que se produce por las "vacunas" es mucho mayor que la que se experimenta cuando existe una infección natural.

Como lo explicó el Dr. Peter McCullough, esto significa que ***después de recibir la primera dosis empezará a producir la proteína Spike durante al menos 15 meses. Pero, cuando recibe la segunda dosis semanas después, esa "vacuna" hará que la producción de proteínas aumente durante 15 meses o más. La tercera dosis produce proteína Spike durante otros 15 meses***.

Debido a que ahora existen los refuerzos regulares, ***es posible que nunca elimine la proteína Spike. Algo que seguro causará estragos en su biología***. El Dr. McCullough lo compara con "una instalación permanente de una proteína inflamatoria en el cuerpo humano", y la inflamación es la base de casi todas las enfermedades crónicas. ***No existe forma de que estas "vacunas" de***

transferencia de genes mejoren la salud pública. Al contrario, la van a dañar.

Seneff describe varias características clave de la proteína Spike del SARS-CoV-2 que sugieren que actúa como un prión. Esto podría ayudar a explicar por qué vemos tantos efectos neurológicos de las vacunas.

La conclusión es que ***las "vacunas" antiCovid-19 son conjuntos de instrucciones para que su cuerpo produzca una proteína tóxica que en algún momento terminará concentrada en su bazo, desde donde el prión enviará instrucciones similares a las de las proteínas, lo que aumentará su riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas***.

Seneff también describe con gran detalle cómo la proteína Spike actúa como un ***veneno metabólico***. ***La proteína Spike puede causar daño patológico que provoca el daño pulmonar y enfermedades cardíacas y cerebrales***:

"Ahora surge la idea de que el SARS-CoV-2 tiene efectos graves en la vasculatura de múltiples órganos, incluyendo la vasculatura cerebral. En varios artículos, Yuichiro Suzuki, en colaboración con otros autores, presentó un argumento de que ***la proteína Spike por sí sola puede provocar una respuesta de señalización en la vasculatura con graves consecuencias***.

Estos autores observaron que, en casos graves de Covid-19, el SARS-CoV-2 provoca cambios morfológicos en la vasculatura pulmonar. Además, demostraron que ***la exposición de células de músculo liso de la arteria pulmonar humana, cultivadas a la subunidad S1 de la proteína de Spike del SARS-CoV-2, fue suficiente para promover la señalización celular sin el resto de los componentes del virus***.

Los artículos posteriores demostraron que ***la subunidad S1 de la proteína Spike suprime la ACE2, lo que causa una afección similar a la hipertensión arterial pulmonar (HAP), una enfermedad pulmonar grave con una mortalidad muy alta***. Los 'estudios in vivo' a los que se referían, demostraron que el coronavirus del SARS causa lesión pulmonar debido a que se inhibe la ACE2 por la proteína Spike del SARS-CoV, lo que provocó un gran aumento de la angiotensina-II.

Suzuki et al. (2021) demostraron de forma experimental que el componente S1 del virus SARS-CoV-2, a baja concentración, activaba la vía de señalización MEK/ERK/MAPK para promover el crecimiento celular. Consideran que estos efectos no se limitarían a la vasculatura pulmonar.

La cascada de señalización en la vasculatura del corazón causaría enfermedad de las arterias coronarias y la activación en el cerebro podría provocar un derrame cerebral. También predeciría la hipertensión sistémica. Plantearon la hipótesis de que la capacidad de la proteína Spike para promover la hipertensión arterial pulmonar podría predisponer a los pacientes que se recuperan del SARS-CoV-2 a desarrollar insuficiencia cardíaca del ventrículo derecho.

Además, sugirieron que podría ocurrir un efecto similar como respuesta a las vacunas de ARNm, y advirtieron sobre posibles consecuencias a largo plazo tanto para niños como para adultos que recibieron las vacunas del Covid-19 basadas en la proteína Spike.

Un interesante estudio de Lei et. at. (2021) descubrió que los pseudovirus (esferas decoradas con la proteína SARS-CoV-2 S1 pero que carecen de ADN viral en su núcleo) causaban inflamación y daño tanto en las arterias como en los pulmones de los ratones expuestos por vía intratraqueal.

Luego expusieron células endoteliales humanas sanas a las mismas partículas de pseudovirus. Cuando unieron estas partículas a los receptores ACE2 endoteliales provocó daño mitocondrial y fragmentación en esas células endoteliales, lo que causó cambios patológicos característicos en el tejido relacionado.

Este estudio deja en claro que ***la proteína Spike que no está involucrada con el resto del genoma viral, es suficiente para causar el daño endotelial relacionado con el Covid-19. Los efectos de las vacunas destinadas a hacer que las células fabriquen la proteína Spike son claros y son un motivo de preocupación***".

Un efecto secundario muy común de la "vacuna" antiCovid es la infección por herpes zóster, al igual que el daño neurológico, vascular y cardíaco que presenciamos, de hecho, también se predijo que se activarían infecciones virales latentes.

Una de las razones por las que aparecen las infecciones virales latentes en respuesta a las vacunas es porque las "vacunas" desactivan la vía del interferón tipo I. Una segunda razón es porque su sistema inmunológico está abrumado al tratar de lidiar con las proteínas inflamatorias que fluyen. Algo tiene que ceder, por lo que los virus latentes pueden abrirse paso.

Sin embargo, ese no es el final de sus posibles problemas, ya que ***estas coinfecciones podrían empeorar o acelerar otras afecciones, como la parálisis de Bell, encefalomielitis miálgica y el síndrome de fatiga crónica***.

Los virus del herpes, por ejemplo, se han implicado como causantes de ambos tipos de SIDA y síndrome de fatiga crónica. Algunas investigaciones sugieren que estas enfermedades no aparecen hasta que los virus de diferentes familias se asocian y se desactiva la vía del interferón tipo 1.

Al juntar toda esta información, parece inevitable que, a largo plazo, la campaña de "vacunación" masiva de Covid cause muchas enfermedades crónicas debilitantes.

- La Dra. Meryl Nass es internista con especial formación e interés en enfermedades inducidas por vacunas, síndrome de fatiga crónica, enfermedad de la Guerra del Golfo, fibromialgia, toxicología y también es epidemióloga de guerra

biológica. Durante la sesión 3 del Simposio II de D4CE, la Dra. Nass compartió su presentación: "¿Cómo los poderes fácticos ocultan los efectos adversos de las 'vacunas'? Miocarditis como un excelente ejemplo".

Usando el ejemplo de la miocarditis, la Dra. Nass mostró cómo las agencias federales que supuestamente están ayudando a la salud pública están ocultando información. "Si tuviéramos esta información, no estaríamos en la situación en la que nos encontramos", dijo el Dr. Nass, "está tan claro, al menos para mí, que las vacunas son peligrosas, pero no podemos ver la evidencia".

El 10 de diciembre de 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA") celebró una reunión sobre la "Autorización de uso de emergencia y vacunas Covid-19" durante la cual la Dra. Nancy Messonnier , quien en ese momento era Directora del Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias de los CDC , hizo una presentación. La presentación de Messonnier se puede ver aquí (inicio 1:20:54).

Durante su presentación ante la FDA, Messonnier enumeró todas las diferentes bases de datos que los CDC dijeron que iban a utilizar para evaluar la seguridad de las inyecciones de Covid comenzando con el teléfono celular o la aplicación móvil: v-safe.

La Dra. Nass habló sobre qué son estas bases de datos y qué información, o no, sale de ellas.

"Lo que v-safe demostró en el primer mes del programa de inyecciones fue que alrededor del 1 al 3% de las personas que recibieron la inyección requirieron una visita a un médico o una sala de emergencias después. Realmente no hemos escuchado mucho de v-safe desde entonces ", dijo la Dra. Nass.

VAERS es la única base de datos en los Estados Unidos que debe hacerse pública según lo consagrado en la Ley de Lesiones Infantiles de 1986. "Pero los CDC y la FDA han ignorado sorprendentemente la increíble cantidad de datos en ese sistema de notificación de eventos adversos de vacunas, que ejecutan conjuntamente, y que nos muestra que ahora se informan más muertes por estas "vacunas" Covid en 10 meses que se han reportado para todas las vacunas en los Estados Unidos durante 30 años", dijo la Dra. Nass.

Uno de los fallos en la recopilación de la información adecuada fue que los fabricantes de "vacunas" identificaron las reacciones adversas por sistema de órganos en lugar de por diagnóstico. Entonces, por ejemplo, no se puede diferenciar entre un dolor de cabeza y una reacción adversa de parálisis.

Pero, no pudieron ocultar la miocarditis, dijo la Dra. Nass, a pesar de que "han ocultado casi todos los demás efectos secundarios al público. La miocarditis fue identificada por primera vez en los Estados Unidos por un científico de Oracle que se lo contó a las agencias federales y guardaron silencio. Pero luego se corrió la voz en Israel: estaba en la televisión, había mucha discusión, estaba en los periódicos. Y poco a poco la historia de la miocarditis se deslizó por el océano y

llegó a los Estados Unidos. Y dos meses después de que se informó por primera vez en Israel, la FDA y los CDC estaban teniendo reuniones al respecto, sobre este 'nuevo' problema del que habían sabido durante meses. El tamaño del efecto (como se informó en VAERS) fue tan grande que no pudieron esconderlo".

La Dra. Nass habló sobre un estudio de Hong Kong que encontró que 1 de cada 2700 niños de 12 a 17 años tenía un caso clínico de miocarditis después de la segunda inyección. El estudio, publicado el 28 de noviembre de 2021, se titula " Epidemiología de la miocarditis / pericarditis aguda en adolescentes de Hong Kong después de la 'vacunación' conjunta", cuyas conclusiones no tienen desperdicio: "Existe un aumento significativo en el riesgo de miocarditis / pericarditis aguda después de la 'vacunación' con Comirnaty entre los adolescentes varones chinos, especialmente después de la segunda dosis".

La Dra. Nass concluyó su presentación con otro de los trucos para ocultar los efectos adversos de las inyecciones de Covid. Al igual que con gran parte de la regulación de la atención médica durante la pandemia declarada, ***se realizaron cambios en el análisis de señales de seguridad que condujeron al programa experimental de inyección masiva antiCovid***. El algoritmo PRR (proporción de informes proporcionales), una fórmula que se usa para determinar las señales de seguridad, puede hacer que cualquier efecto secundario "desaparezca mágicamente", señaló la Dra. Nass. Ella recomienda leer el artículo "Definición de la señal de seguridad de vacunación ausente" para comprender cómo se utiliza el PRR para ocultar casi todos los efectos adversos graves. Podría ayudar a los abogados a procesar casos "sobre la base de esta, básicamente, ciencia falsa", aconsejó la Dra. Nass.

Para completar la visión general, veamos algunas pruebas más que nos dan una idea de la rapidez con la que causan el daño y de la poca seguridad con la que cuentan estos sueros experimentales ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (74)).

Fundamentalmente, en la actualidad, a la espera de los efectos a largo plazo, las muertes por las "vacunas", se están produciendo por dos razones diferentes:

Algunos miles de personas han muerto a causa de infecciones irruptivas porque las "vacunas" no son eficaces para prevenir una nueva infección. Lo que ahora está muy claro es que los sueros experimentales no son eficaces. El número de infecciones irruptivas se está acelerando por dos razones. A medida que más personas reciben la "vacuna", un grupo más grande de personas "vacunadas" genera más infecciones. Y con la nula efectividad de dichos sueros, aumentan las probabilidades de contraer una infección importante. Si bien, en general, muchas infecciones irruptivas no causan problemas médicos importantes, en una fracción de los casos las víctimas necesitan hospitalización y algunas mueren.

La otra causa de muerte por "vacunación" son problemas sanguíneos complejos, a saber, diferentes tipos de coágulos sanguíneos, la pérdida de plaquetas sanguíneas y los episodios de hemorragia resultantes que son letales. Hay que pensar en términos de hemorragias cerebrales, accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos.

A la luz de todo esto, ¿cómo puede alguien afirmar sin tapujos que las "vacunas" Covid-19 son completamente seguras? Cualquiera que le diga que estas "vacunas" son "completamente seguras" está mintiendo descaradamente.

Sea lo que sea, estas "vacunas", definitivamente, no son seguras. Veremos esto muy claramente a continuación en la explosión de informes de muerte y eventos adversos recogidos en las distintas bases de datos.

Examinemos más a fondo los criterios mencionados al principio de este apartado, para discutir si se han cumplido para ser una "vacuna":

1) Hemos encontrado ahora que la inyección no confiere inmunidad de anticuerpos al virus SARS-CoV-2; promueve anticuerpos contra la "proteína espiga sintética" que sus células han construido; esa proteína espiga no es específica del virus SARS-CoV-2.

2) Los anticuerpos producidos tienen que darle protección contra el patógeno (virus SARS-CoV-2); pero no se ha demostrado en ningún estudio que haga esto y los desarrolladores de la "vacuna" lo han declarado abiertamente, no saben si la inyección dará protección.

3) La inyección no fue estudiada para demostrar que reduce las hospitalizaciones o muertes; los estudios realizados no se diseñaron para evaluar esto y no se evaluó; declararon que no saben.

4) La inyección no se estudió para demostrar que reduce los síntomas graves.

5) La inyección no fue estudiada para demostrar que nos impide portar el patógeno.

6) La inyección no se estudió para demostrar que detiene la transmisión de una persona a la siguiente persona.

Es muy evidente que, en base a estos criterios, ninguno de los sueros experimentales es una vacuna y lo demostraremos en el resto del apartado.

Consecuencias de las "vacunas": eventos adversos y muertes

Desde al menos 2008, se sabe que las vacunas basadas en vectores adenovirales (contra cualquier patógeno) pueden ocasionar agregación plaquetaria y trombocitopenia y, al menos las basadas en AdV-5, pueden incrementar el riesgo de infectarse con VIH-1 (1) (2). Por otro lado, se sabía, incluso se reportó por parte del grupo de evaluación de la seguridad de las vacunas, que se dieron agravaciones por todos los tipos de vacunas contra el primer virus SARS cuando

los animales vacunados se enfrentaban posteriormente al virus (ver cuadro 1 en esta publicación y ver esto). Si bien es cierto que con las inoculaciones basadas en ARNm había menos información al respecto, muchos científicos y médicos intentaron exponer sus preocupaciones sobre el uso de ácidos nucleicos sintéticos modificados para inmunizar contra Covid-19 y, lamentablemente, crece cada vez más la evidencia de problemas de seguridad asociados a este tipo de productos.

A este respecto, encontramos un artículo que todavía se encuentra como pre-print (aún no ha pasado por proceso de revisión por pares). El estudio, escrito por Fraiman y colaboradores (incluyendo a Peter Doshi, que es uno de los médicos científicos que ha demostrado ser honorable en estos dos años), se titula (traducido del inglés): "Eventos adversos serios de interés especial luego de la vacunación de ARNm en ensayos aleatorizados".

Lo que hicieron los autores fue evaluar la lista de Brighton Collaboration (un grupo de expertos que, junto con la Coalición para la Preparación e Innovación ante Epidemias, y con la venia de la OMS, en 2020 crearon una lista de prioridad sobre eventos adversos potenciales para las inoculaciones Covid-19), y analizarla con base en lo que se reportó en los ensayos aleatorizados de fase III de las inoculaciones basadas en ARNm (Pfizer/BioNTech y Moderna, NCT04368728 y NCT04470427 en la página de Clinical Trials US).

Encontraron que ambos productos estaban asociados con un incremento en el riesgo de eventos adversos de interés especial, con un incremento en el riesgo absoluto de 10.1(Pfizer) y 15.1 (Moderna) por cada 10 000 "vacunados", respectivamente. De forma combinada, ambos productos se asociaron con un incremento en el riesgo absoluto de eventos adversos de interés especial de 12.5 por 10 000 (Intervalo de confianza 95%: 2.1 a 22.9). ***El incremento en el riesgo de eventos adversos serios de interés especial por las inoculaciones,*** excedió ***la reducción en el riesgo de hospitalización por Covid-19 que (supuestamente) confieren con respecto al grupo placebo: en otras palabras, de acuerdo a los autores del*** estudio, ***es*** más alto ***el riesgo de un evento adverso serio debido a la inoculación, que la reducción en el riesgo de ser hospitalizado por Covid-19***. ***El riesgo*** excede ***el beneficio***.

Los autores del estudio de Fraiman y colaboradores discuten que, en vista de este riesgo excedente de eventos adversos por las inoculaciones, ***es prioritario realizar estudios formales de daño-beneficio de estos productos***. Lo lógico sería que mientras se deciden los de siempre, se detengan estas inoculaciones para prevenir más daño, particularmente en vista de que la letalidad y complicaciones asociadas a las supuestas variantes circulantes de SARS-CoV-2 son extremadamente bajas, y que cada vez se comprende más sobre cómo poder tratar de forma oportuna cualquier signo clínico asociado a la supuesta infección.

Visto lo anterior, es importante comprender qué sucede con el contenido de una "vacuna" después de inyectarla en el brazo a ver si encontramos alguna explicación. ¿A dónde viaja en el cuerpo y qué hace en los lugares donde se asienta?

Los desarrolladores de vacunas estaban interesados en saber si la "vacuna" induce una fuerte respuesta inmune, reflejada en una alta producción de anticuerpos contra la proteína de punta, en el caso de las "vacunas" Covid-19. Y para hacer esto, necesitaban rastrear su movimiento en el cuerpo.

Las células T CD8+ son células inmunitarias citotóxicas que pueden matar células infectadas con un virus. Detectan un complejo inmune con proteínas virales que están expuestas en la superficie de una célula infectada. Un estudio sobre una vacunación de ratones basada en un vector de adenovirus utilizó métodos inteligentes para producir un marcador que pudiera rastrear la actividad de las células T CD8+ en el sistema linfático y el bazo, en los días posteriores a la vacunación. Se puede inferir que las células inmunitarias (células presentadoras de antígenos, donde el «antígeno» es la proteína espiga) estaban inicialmente presentes en el sitio de inyección del músculo del brazo y sintetizaron la proteína espiga del virus a partir del código de ADN de la vacuna, exponiéndola en su superficie. Una vez activados por la proteína extraña, se trasladaron a los ganglios linfáticos de drenaje y finalmente se dirigieron al bazo a través del sistema linfático. Las células T CD8+ están esperando ociosamente dentro de los vasos linfáticos hasta que detectan una célula inmunitaria infectada. Los investigadores pudieron detectar la activación de las células inmunitarias CD8+ a lo largo del tiempo e inferir que esto fue causado por la llegada del contenido de la "vacuna" al sitio donde residen estas células inmunitarias. Las células T CD8+ activadas aparecieron primero en los ganglios linfáticos de drenaje, pero después de cinco días comenzaron a aparecer en el bazo. Sus números allí alcanzaron su punto máximo a los 12 días y luego se mantuvieron altos con una disminución lenta hasta los 47 días, cuando los investigadores dejaron de buscar. ***Lo que esto significa es que las células presentadoras de antígenos recogen la "vacuna" en el lugar de la inyección y la llevan al bazo a través del sistema linfático. Luego, las células portadoras permanecen en el bazo durante mucho tiempo. Y aquí es donde radica el peligro en términos del potencial para causar enfermedades priónicas***.

Las "vacunas" de ARNm están perfectamente configuradas ***para producir una situación muy peligrosa en el bazo que está a punto de desencadenar una enfermedad priónica***. Dado el hecho de que las "vacunas" de vectores de ADN también terminan concentradas en el bazo, creo que lo mismo ocurre con ellas también. ***El bazo es donde está la acción para sembrar proteínas priónicas mal plegadas***. Las células infectadas con la "vacuna" han sido programadas para producir grandes cantidades de proteínas de pico. Las proteínas priónicas se pliegan incorrectamente y dañan los oligómeros de la hoja beta cuando hay demasiados en el citoplasma. ¿Podría la proteína espiga hacer lo mismo?

Tres de las cuatro "vacunas" Covid-19 actualmente en el mercado en los EE. UU. y Europa (Pfizer, Moderna y J&J) utilizan un código genético para la proteína de pico que se ha modificado ligeramente para producir una respuesta de anticuerpos más potente. Normalmente, después de unirse al receptor ACE2, la proteína espiga cambia espontáneamente su forma de manera dramática para fusionarse con la membrana de la célula. En una publicación web, Ryan Cross

describió esta acción muy gráficamente basándose en un modelo similar a un resorte, de la siguiente manera: "Cuando la proteína espiga se une a una célula humana, ese resorte se libera y las dos hélices y el lazo se endereza en uno largo; hélice que arponea la célula humana y acerca el virus y las membranas humanas hasta que se fusionan". Como explica Cross, a base de prueba y error, pero teniendo en cuenta la información estructural, a los investigadores se les ocurrió la idea de intercambiar dos aminoácidos adyacentes por prolinas en el dominio de fusión de la membrana para estabilizar la forma de la proteína espiga en su forma previa a la fusión. De esta forma, expone áreas antigénicas críticas y esto asegura una formación más rápida de anticuerpos coincidentes, el único objetivo del diseño de la "vacuna". Esto también evita que la proteína se fusione con la membrana plasmática de una célula huésped. Es de suponer que la proteína espiga se une al receptor ACE2 y luego se atasca allí, se "sienta". Un pensamiento preocupante es si este estado abierto, no fusionado con la membrana, podría parecerse más a la forma de una proteína tipo prión mal plegada como la beta amiloide que la forma colapsada que necesita para entrar en la membrana.

Los centros germinales en el bazo son una fábrica primaria donde se fabrican y perfeccionan los anticuerpos contra antígenos específicos (como la proteína espiga). Los fabricantes de las "vacunas" de ARNm se alegraron de ver que las células presentadoras de antígenos (principalmente células dendríticas), originalmente atraídas al sitio de la inyección, toman las partículas de ARNm y luego migran a través del sistema linfático al bazo en grandes cantidades e inducen altas concentraciones de ARNm.

Desafortunadamente, estos mismos centros germinales son un sitio principal para el ***inicio de un proceso de producción y distribución de proteínas priónicas mal plegadas, a menudo sembradas por proteínas virales y desencadenadas por una respuesta inflamatoria aguda***.

Como explica el Dr. Bhakdi, cuando recibe una "vacuna" antiCovid se inyectan instrucciones genéticas en el músculo deltoides. El músculo las drena hacia los ganglios linfáticos y a su vez pueden ingresar al torrente sanguíneo. También puede haber una translocación directa del músculo a los vasos sanguíneos más pequeños.

Los datos de animales que presentó Pfizer a las autoridades japonesas demuestran que el ARNm apareció en la sangre tan solo una o dos horas después de recibir la "vacuna". Esta rapidez sugiere que las nanopartículas se trasladan de forma directa del músculo a la sangre, sin pasar por los ganglios linfáticos.

Una vez dentro de su torrente sanguíneo, las instrucciones genéticas se envían a las células disponibles, es decir, las células endoteliales. Estas son las células que recubren los vasos sanguíneos. Después, estas células comienzan a producir la proteína Spike, según las instrucciones del ARNm. Como su nombre indica, las proteínas Spike se ven como picos que sobresalen de la pared celular hacia el torrente sanguíneo.

Como se supone que no deben estar allí, ***los linfocitos piensan que las células están infectadas, por lo que se apresuran a combatirlas. Los linfocitos asesinos atacan las células, lo que daña la pared celular. Este daño, a su vez, provoca la formación de coágulos***. Ahora hay evidencia de que las "vacunas" antiCovid están causando todo tipo de problemas de coagulación, desde coágulos microscópicos hasta coágulos masivos que se extienden hasta el pie y a otras partes del cuerpo.

Por supuesto, ***cuando se produce un coágulo lo suficientemente grande en el corazón, provoca un ataque cardíaco. En el cerebro, provoca un derrame cerebral. Pero incluso los microcoágulos que no bloquean por completo los vasos sanguíneos pueden tener complicaciones graves***. Se puede verificar la presencia de microcoágulos al realizar un análisis de dímero D. Si tiene niveles elevados de dímero D, significa que tiene coagulación en alguna parte de su cuerpo.

Pero, eso no es todo. ***Los anticuerpos contra la proteína Spike también pueden ser dañinos***. Bhakdi explica:

"También surgió otro problema igual de alarmante que el problema de la coagulación. Una o dos semanas después de recibir la primera dosis, comienza a producir anticuerpos en grandes cantidades.

Cuando recibe la segunda dosis y las proteínas Spike comienzan a proyectarse desde las paredes de los vasos hacia el torrente sanguíneo, no solo se encuentran con los linfocitos asesinos, sino que ahora los anticuerpos también están allí y los anticuerpos activan el sistema del complemento.

Ese fue mi primer campo de investigación. El primer sistema en cascada es el sistema de coagulación. ***Se activa y la sangre se coagula. Si se activa el sistema del complemento con los anticuerpos que se unen a la pared del vaso, este sistema empezará a crear agujeros en la pared del vaso***.

Por eso tenemos a muchos pacientes con sangrado en la piel. ¿Por qué sucede eso? Pues si se agujeran los vasos, es obvio que sangren. Si se agujeran los vasos del hígado, del páncreas o del cerebro, entonces la sangre se filtrará de los vasos hacia los tejidos.

Las 'vacunas' antiCovid están en su torrente sanguíneo durante al menos una semana y después llegan hasta los órganos. ***Y cuando esas células de órganos comienzan a producir la proteína Spike por sí mismas, los linfocitos asesinos también las buscarán y las destruirán en ese órgano, lo que crea aún más daños y coagulación***.

Podríamos estar ante la presencia de uno de los experimentos más fascinantes, en el que podríamos terminar con enfermedades autoinmunes masivas. Aunque no se sabe cuándo sucederá. Ni tampoco cuál será el resultado final".

Las "vacunas" antiCovid también pueden dañar sus ganglios linfáticos, ya que están llenos de linfocitos y de otras células inmunológicas. Al entrar en contacto, algunos de los linfocitos morirán de forma inmediata, lo que provocará inflamación.

Las células que no mueren, absorben el ARNm y comienzan a producir proteínas Spike, por lo que serán reconocidas como productoras de virus y serán atacadas por el sistema del complemento. En pocas palabras, crea una guerra entre algunas células inmunológicas contra otras células del mismo tipo. Como resultado de esta guerra, sus ganglios linfáticos se inflaman y comienzan a doler.

Este es un problema grave, ya que los linfocitos de los ganglios linfáticos son los guardias que mantienen bajo control las infecciones latentes, como el herpes zóster. Cuando funcionan mal o se destruyen, estos virus latentes pueden activarse. Es por eso que hay un número creciente de reportes de lupus, herpes, Epstein-Barr, tuberculosis y otras infecciones que surgen como efecto secundario de las "vacunas". Por supuesto que esto también influye en ciertos tipos de cáncer.

"Como todos sabemos, ***todos los días se forman tumores en nuestros cuerpos, pero esos linfocitos reconocen esas células tumorales y luego las eliminan*****", dice Bhakdi**. "Por lo tanto, me preocupa mucho que inciten a introducir algo en el cuerpo que va a cambiar todo el mundo de la medicina".

Profundizando en lo anterior, es interesante conocer algo más sobre los mecanismos de acción de las "vacunas". Con respecto a esto, encontramos un artículo publicado el 20 de abril de 2022 que es una Revisión/Opinión (es decir, no un estudio experimental, sino un artículo que revisa la evidencia de otros estudios) que fue realizado por Trougakos y colaboradores en la revista Trends in Molecular Medicine, y que expone un mecanismo potencial que explica los eventos adversos asociados con las "vacunas" Covid que vernos más adelante. Específicamente, hablan ***acerca de la acción proinflamatoria sostenida de las nanopartículas de lípidos que rodea al ARNm sintético de las inoculaciones, y de cómo la proteína S que producen las células en las que entró el ARNm vacunal puede llevar a la liberación (Shedding) de esa proteína o sus fragmentos hacia la circulación, lo que puede desregular al eje renina-angiotensina-aldosterona, contribuyendo también a los eventos adversos observados***.

Este artículo se suma al de Seneff y colaboradores y al que escribieron las doctoras Roxana Bruno y Karina Acevedo. En conjunto estos estudios se apoyan en un creciente número de casos clínicos y estudios de caso reportados en revistas científicas, en los reportes que se acumulan en Eudravigilance y VAERS, y en los testimonios de miles de personas que ahora están sufriendo de problemas médicos que anteriormente no tenían.

Un detalle importante que debemos recordar, es que las "vacunas" de ARN están diseñadas para desactivar la primera línea del sistema inmunológico natural: los receptores "Toll like".

El ARN dura poco en sangre porque es detectado y eliminado rápidamente por el sistema inmune, tanto que, este ha sido el principal escollo y punto de investigación de los últimos 10 años. Todos los avances que se han hecho en este campo van en la dirección de desactivar los sistemas de defensas naturales.

El truco consiste en:

- Añadir uridina sintética a la cadena de ARN para desactivar los Receptores Toll (TLR).

- Añadir cubiertas de grasa sintética, no disoluble por las proteasas o enzimas disponibles.

Receptores Toll. Son los encargados de definir qué células han de ser eliminadas; resultando ser el mecanismo base que elimina cualquier célula dañada o cancerígena de nuestro sistema. Podría decirse que son el primer sistema de defensa natural de nuestro organismo. En 1998 ya se demostró que los TLR son parte de la inmunidad innata en humanos y ratones, y hasta la fecha se han descubierto 11 receptores en humanos y 12 en ratones. Su rol en la respuesta inmune innata se descubrió, cuando en las investigaciones advirtieron que el receptor Toll era necesario para luchar contra infecciones fúngicas. En estos experimentos, cuando se desactivaron los receptores, los sujetos de investigación, morían por sepsis en cuestión de horas. Conclusión: Los TLR son la piedra angular de nuestro sistema inmune, los ojos de nuestro sistema inmune a través de los cuales podemos detectar o analizar cualquier patógeno.

¿Adivine cuántos receptores desactiva el tratamiento con uridina sintética que se usa en el producto de ARNm? Desactiva exactamente tres, (TLR3, TLR7, TLR8).

Tiene que quedar claro que cualquier inyección de ARN, lleva asociado el peaje de desactivar la primera línea de defensa del sistema inmune, sin olvidarse de la toxicidad asociada a las grasas sintéticas de la envoltura.

Para evaluar mejor el peligro de la "vacunación" Covid, es importante saber qué cantidad de ARNm es administrada con una dosis de "vacuna", es decir, cuántas células del cuerpo son estimuladas para producir la proteína espiga, y por tanto soltadas para ser destruidas por el sistema inmunitario. Por desgracia, esta información esencial no se menciona en los estudios de aprobación. Solo existe una estimación científica del número de partículas en las que el ARNm es transportado por las nanopartículas lipídicas: ***unos 2000 millones***.

No todas las partículas alcanzan una célula sana y algunas células del organismo entran en contacto con más de una partícula. Además, no todas las partículas son necesariamente funcionales. Sin embargo, ***el número de partículas es particularmente importante si se considera que el cuerpo humano está formado por unos 37 000 millones de células. Muchas voces ya advirtieron que estas dosis eran desproporcionadas***. ¿Qué sucedería si los anticuerpos del "vacunado" no pudiesen eliminar toda la dosis de ARNm inyectada?

Esto ya se puede ver en los efectos inflamatorios en el tejido endotelial que persisten en el tiempo. En este estudio se han encontrado ***hasta 20 marcadores que indican ese daño***.

"***Estos cambios persisten durante al menos 2.5 meses después de la segunda dosis de 'vacuna'***. ***Concluimos que las 'vacunas' de ARNm aumentan drásticamente la inflamación en el endotelio y la infiltración de células T en el músculo cardíaco y pueden explicar las observaciones de aumento de trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares, después de la 'vacunación'***".

Esos marcadores que comentan, pueden ser algo abstractos, pero se pueden ver su efecto de manera más visual en esta reproducción en 3D.

En la revista "Future Medicine" Milano y colaboradores publicaron un artículo, titulado "Miocarditis y vacunas de ARNm contra Covid-19: una hipótesis mecanística que involucra el ARN de doble cadena (ARNcd)". El ARNcd es el ARN de doble cadena, y es un elemento que no debiera estar en las vacunas, pero si no hay un control adecuado de calidad en el proceso de manufactura, puede estarlo. Para comprender la relevancia del artículo, primero es necesario recordar que no es la primera vez que se menciona o encuentra que hay falta de calidad en la manufactura de las inoculaciones. Ya se ha hablado sobre la falta de integridad en el ARNm de las inoculaciones de Pfizer que fueron encontradas en documentos oficiales entre la farmacéutica y la agencia Europea de Medicamento.

Las inoculaciones basadas en ARNm no tienen el problema potencial de la presencia de contaminantes como restos celulares, virus mal inactivados, vectores y proteínas mal purificadas, como puede ocurrir con las vacunas de virus inactivado, atenuado, las vectorizadas o las basadas en proteínas. Sin embargo, ***las inoculaciones de ARNm sí pueden tener la presencia de ARN de cadena doble***.

Dado que los métodos que se usan de forma comercial para purificar las inoculaciones de ARNm varían en calidad y no son perfectos (por ejemplo, a lo mucho se elimina el 90% del ARNcd cuando se usa el método de HPLC, o cromatografía líquida de alto desempeño), de acuerdo a los mismos desarrolladores de vacunas, no se puede descartar que quienes reciben las inoculaciones están también recibiendo ARN de cadena doble.

Y, ¿cuál es la consecuencia de que haya ARNcd en los productos de Pfizer/BioNTech y Moderna? Antes que responder eso, se necesita comprender que el ARNcd es un inductor exógeno de reacciones inmunes-inflamatorias muy marcadas, en particular aquellas que se basan en la producción de interferón y factor de necrosis tumoral. Es muy potente la respuesta al ARNcd porque nuestras células no tienen ARN de cadena doble. El sistema inmune se basa en diferenciar "lo que somos de los que no somos" por lo que al no tenerlo nosotros, ***la presencia de esta molécula foránea (el ARNcd) induce respuestas inmunes innatas rápidas y contundentes***.

Claro que podría argumentarse que, entonces, la presencia de ARNcd podría servir como un adyuvante. Sin embargo, por un lado, no existen estudios específicos hacia evaluar el beneficio de la presencia de ARNcd en las inoculaciones de ARNm, y por otro lado, al ser contaminantes (y, por ende, tener concentraciones variadas) ***su presencia podría en algunas personas ocasionar reacciones inflamatorias e inmunes descontroladas, entre ellas, la miocarditis que se está observando en algunas personas inoculadas***. En la Figura 1 del artículo de Milano y colaboradores explican cómo se daría este efecto.

El ARNcd, dado que estaría empaquetado en las nanopartículas lipídicas que contienen esos productos (y de los que ya he hablado en este canal), entraría a las células dendríticas y macrófagos (recuerden que ya se sabe, con base en diversos estudios que ya han sido compartidos aquí, que la inoculación no "se queda" en el sitio donde fue administrada, sino que se distribuye hacia prácticamente todos los órganos y tejidos del cuerpo). Estas células inmunes están presentes en tejidos periféricos como el músculo cardíaco, riñones, pulmones, hígado y piel, y cuando reconocen patrones moleculares foráneos (como lo es el ARNcd) entonces activan respuestas inmunes inflamatorias. La inflamación de las células musculares (miocarditis) ya lo hemos cubierto aquí, y explica condiciones cardíacas que son serias y en ocasiones irreversibles.

Llama mucho la atención lo que escriben Milano y colaboradores sobre ***el riesgo de este daño cardíaco para personas que estén recibiendo quimioterapia y radioterapia contra cáncer, dado que tendrían incluso más riesgo de miocarditis fulminante después de la inoculación contra Covid-19 con Pfizer/BioNTech o Moderna***. Este riesgo necesita ser conocido por los médicos que están recomendando la inoculación a sus pacientes, y necesitan que sus pacientes también lo conozcan.

En resumen, ***se ha descrito un mecanismo adicional por el que las inoculaciones basadas en ARNm pueden inducir daño en el músculo cardíaco***. La evidencia científica sigue acumulándose.

Llegados a este punto, conviene hablar de algo importante, inherente a los sueros experimentales, y que desarrollaré más en profundidad más adelante en otro apartado exclusivo; ***la proteína Spike y lo que puede originar***. Aquí se hará únicamente, un resumen:

Es una proteína glicosilada (es decir, que tiene azúcares también) que 'pesa' 180 a 200 kD, se compone de tres copias (es decir, es un "trímero") cada una con dos partes, la subunidad S1 y la subunidad S2. La proteína Spike del virus SARS-CoV-2 (también está presente en otros betacoronavirus) se encuentra en una forma estable, conocida como una "conformación de prefusión". Cuando se encuentra con el receptor celular (la enzima convertidora de angiotensina 2, ACE2), entonces ocurren cambios en la estructura de Spike que hacen que la subunidad S2, que contiene un sitio de "anclaje", quede expuesto. Esto es lo que permite que la membrana del virus (no todos los virus tienen una membrana pero los

coronavirus, sí) se fusione con la membrana celular, y así pueda entrar el virus al citoplasma, dando inicio a su replicación (copiado del genoma y fabricación de nuevos viriones). Cada Spike del virus (tienen varios en su superficie) están recubiertos de azúcares del tipo de los polisacáridos, lo que le da cierto camuflaje, y así evade parcialmente al sistema inmune (parcialmente, porque a la larga nuestro sistema inmune sí que lo detecta). Algo así como una capa de invisibilidad que no funciona al 100%. Muchas otras proteínas de virus y bacterias son así, y no las elegiría como villanos necesariamente. Lo que volvería a Spike peligrosa, es lo que hace en el organismo y que paso a exponer de forma resumida y que luego ampliaré en este apartado (si quieren saber más detalles estructurales y bioquímicos sobre la proteína Spike, pueden leer esta publicación).

Lo más importante a destacar, es que es lo proteína Spike y no el virus en su totalidad, quien causa el daño:

En marzo de 2021, se publicó un estudio de investigación en la revista Circulation de la American Heart Association. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el estudio se imprimió en línea en diciembre de 2020, antes de que se administrara la primera inyección en los EE. UU.

Esto es importante, ya que el estudio demostró ***que la proteína pico o Spike asociada con el SARS-CoV-2 daña la función endotelial***. En otras palabras, ***antes de que se administrara por primera vez la inyección de autorización de uso de emergencia que inyectaba instrucciones para crear la proteína Spike, los Centros de Control de Enfermedades de EE.UU., CDC , la FDA y el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de ese país (NIAID, por sus siglas en inglés)*** sabían ***muy bien que la proteína Spike estaba causando daño a las células endoteliales que recubren el sistema circulatorio***.

Otro artículo publicado el 8 de marzo de 2021, investigó el potencial de que la proteína Spike sea un inflamagen (un irritante que puede desencadenar inflamación a nivel celular). Los investigadores intentaron determinar si la proteína Spike era la causa subyacente de la hipercoagulación encontrada con una supuesta infección por Covid-19.

La espectrometría de masas mostró que ***la proteína Spike dañó el fibrinógeno, la protrombina y el complemento 3, todos compuestos utilizados en la coagulación***. Sugirieron que ***la presencia de la proteína estaba contribuyendo a la hipercoagulación y puede dar lugar a grandes microcoágulos que se han observado en muestras de plasma de pacientes supuestamente infectados con Covid-19***.

Una vez más, la ciencia demostró que ***no fue el virus el que causó el daño endotelial lo que condujo al daño a los órganos, como se encontró en el corazón, el hígado y los riñones de los pacientes con Covid-19. Más bien, era la proteína Spike que también se*** inyectaba ***en un programa experimental de inyección de terapia genética***.

Un tercer estudio publicado el 27 de abril de 2021 volvió a demostrar en un modelo animal que ***la exposición a la proteína Spike por sí sola fue suficiente para* inducir *un daño pulmonar grave***. Y, sin embargo, las agencias gubernamentales no tomaron medidas para frenar la distribución de esta proteína genética experimental.

Los investigadores han seguido estudiando cómo la proteína Spike afecta a las células endoteliales y, en última instancia, daña el músculo cardíaco. Un estudio publicado en junio de 2021 en Frontiers in Cardiovascular Medicine, demostró que ***la proteína Spike regula a la baja la expresión de las proteínas de unión que se encuentran en las arterias***. Ellos concluyeron:

"… estos experimentos revelan que la degradación inducida por Spike de las proteínas de la unión endotelial afecta la función de la barrera endotelial y es la causa probable del daño vascular observado en las personas afectadas por Covid-19".

Un estudio publicado el 21 de noviembre de 2020 en la revista Science Direct, confirma ***que la acción de la proteína Spike es a través del receptor ACE2***. Demuestra el ***engrosamiento de la pared pulmonar de la enfermedad Covid-19 con hipertrofia de la túnica media del endotelio arterial, que provoca hipoxia e insuficiencia respiratoria aguda en pacientes covid-19 y puede favorecer, en estos pacientes, el desarrollo de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha***.

Compara el análisis de las lesiones histológicas de pacientes que fallecieron por Covid-19, en Ucrania, entre marzo y julio de 2020, con fallecidos por influenza (H1N1) durante la epidemia de gripe en noviembre y diciembre de 2009, y con imágenes histológicas pulmonares publicadas de pacientes que murieron de SDRA durante el brote de SARS por infección del SARS-CoV-1 durante los años 2002 hasta 2004.

Un estudio, realizado por investigadores de la Universidad de Los Ángeles, de la Facultad de Loma y del Hospital General de Massachusset en los Estados Unidos, demuestra ***la posibilidad de desarrollo y/o agravamiento de las Enfermedades Auto-inmunes inducidas por las "vacunas" Covid-19***, ***por*** existir ***Reactividad Inmunitaria Cruzada, al demostrar homología de secuencia de aminoácidos entre el patógeno y las proteínas del tejido propio, en concreto se* encontró *homología con 28 localizaciones tisulares, entre ellas gastro-intestinal y tiroides***.

Este proceso también* explicaría *el desarrollo de Coagulación Intravascular Diseminada en la enfermedad Covid-19, ya que forma parte de las manifestaciones clínicas que no se explican únicamente por la unión entre proteína S Y receptor ACE2.

En la serologia de los pacientes con CID fueron observados auto-anticuerpos anti-csrdilipinay anti-beta 2 glicoproteina.

"Una vacuna insuficientemente probada podría significar un ataque auto-inmune en el futuro".

De igual forma, el estudio publicado en Circulation Reserch el 30 de marzo de 2021 (mencionado anteriormente), realizado por investigadores que trabajaron para la Fundación Nacional de Ciencias Naturales de China, junto con el Profesor Uri Manor y Leonardo Andrade del Instituto Salk en colaboración con la Universidad Californiana de San Diego, demuestra ***que la proteína S, sin presencia de ARN viral, produce inflamación de las células endoteliales que recubren las arterias (endotelitis) al unirse con el receptor ACE2***. La enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), post-unión con proteína S, se desestabiliza y altera el funcionamiento de las mitocondrias, por fragmentación, disminuyendo la producción de ATP (energía).

Se realizó el experimento administrando pseudoviriones (sólo proteína S sin carga viral) a hamsters sirios por vía intratraqueal, observando, entre otras manifestaciones, engrosamiento de los tabiques alveolares del pulmón.

Cuando Spike se une a ACE2 de las células de la pared interna de los vasos sanguíneos (es decir, del endotelio), desregula el eje renina-angiotensina-aldosterona. Esto lo hace de varias formas, pero una de las más importantes es que ***causa daño a las mitocondrias*** (las fábricas productoras de energía) de las células endoteliales.

Spike, en particular la subunidad S1, ***puede*** alterar ***la función de la barrera hematoencefálica*** (la barrera que separa nuestro cerebro y médula espinal del resto del cuerpo). Si bien, esto fue estudiado in vitro y no en un organismo vivo, su implicación es tremenda: entre otras cosas incrementaría fácilmente la inflamación del sistema nervioso central, que nunca es buena idea. Evidencia de que esto ocurre se ha visto en al menos dos estudios, uno que reportó que la proteína Spike puede entrar al cerebro de ratones inoculados de forma experimental y otro que demostró que en algunas personas positivas a SARS-CoV-2 se podía encontrar Spike en el cerebro, sin que estuviera presente el virus (solo su proteína), y les ocasionaba una inflamación importante.

Algunos anticuerpos que producimos contra Spike (específicamente, los que producimos contra la región N-terminal de la parte que se une a ACE2) ***logran el efecto*** contrario ***al "deseado": incrementan la unión de la proteína Spike a ACE2, lo que*** incrementa ***entonces la infectividad del virus***. Eso es semejante a lo que se ha visto para la proteína Spike de otros coronavirus, como el que causa Peritonitis Infecciosa Felina, donde, de hecho, la "vacunación" incrementa la infectividad por este mecanismo (se producen anticuerpos contra su proteína Spike y estos incrementan la infectividad).

Se parece ***suficientemente Spike a proteínas nuestras que están en las células endoteliales, que es posible generar respuestas autoinmunes contra nuestro propio endotelio*** (1) (2). No ocurrirá en todos quienes se expongan a Spike, pero en algunos sí puede pasar.

El problema raiz es que las “vacunas” Covid-19 del tipo de ARNm (Pfizer y Moderna) y vectorizadas (Astrazeneca, Jansen, Cansino, Sputnik) le dan las instrucciones a nuestras células para que produzcan Spike. El Spike completo, ambas subunidades. Estas instrucciones no se quedan en el sitio de inoculación y entran en diversas células del cuerpo, no solamente en células inmunes o musculares, incluyendo las endoteliales (sobre todo cuando la vacuna, por error en la aplicación, entró en la sangre del inoculado). Así que, cuando se genera por nuestras células en respuesta a las “vacunas”, ahí sí que puede desplegar su arsenal. Es sensato y precavido suponer que la alta cantidad de eventos adversos (como miocarditis, trombosis, inflamación del sistema nervioso y daño por reacciones inflamatorias severas, entre otros) que se están registrando asociados en el tiempo con la “vacunación” podrían estar relacionados causalmente con esas inoculaciones. Esto no es conspiranóico ni paranóico. Es una actitud responsable la que pide precaución y más estudios antes de dar por sentado, como han hecho mucho médicos y científicos, que son completamente seguros estos productos. Los mecanismos que explicarían estos eventos se conocen. ¿Para qué seguir ignorándolos? Es mejor aceptar que nos equivocamos que seguir perpetuando una narrativa por “quedar bien” o por no querer ser tildado de “antivacuna”. Seamos responsables, por favor.

¿Cuánto tiempo sigues teniendo el ARNm y la Spike de la inyección en el cuerpo? y ¿qué tanto difieren las respuestas inmunes a la supuesta infección y a la inyección?

El estudio, escrito por Roltgen y colaboradores, se basó en el hecho de que a pesar de haber estudios sobre la generación de anticuerpos y su capacidad neutralizante post inoculación, no se conoce realmente cuál es la diferencia en las respuestas a las inoculaciones de ARNm y otras vacunas en comparación con las infecciones naturales. Por eso, quisieron ver a qué grado la infección con SARS-CoV-2 difiere de la reacción que generan las diferentes “vacunas”, en particular en cuanto a la respuesta en los centros germinales (GC, por sus siglas en inglés).

Los nódulos linfáticos (acumulaciones de tejido en diferentes partes del cuerpo que son, por ejemplo, lo que nos palpa el médico en el cuello cuando nos revisa porque nos duele la garganta) contienen en el centro tejido formado sobre todo por linfocitos. En los GC está la mayoría de los linfocitos “de memoria”. Podemos pensar en este tejido como los cuarteles de la inteligencia militar, donde a la larga los diferentes soldados llevarán la información de lo que han visto en sus acciones de vigilancia y protección. Entonces, cuando hay una infección, se ven “reactivos” los centros germinales.

Lo que hicieron los autores del estudio fue comparar las respuestas inmunes (en específico, la magnitud del repertorio de anticuerpos, los tipos de anticuerpos producidos y la afinidad por la proteína Spike de nueve variantes; además de explorar cuánto Spike y cuánto ARNm vacunal se encuentra en los GC, y por cuánto tiempo, entre vacunados y personas infectadas de manera natural.

Lo que encontraron es importantísimo y preocupante porque confirma mucho de lo que se ha especulado y argumentado con base en evidencia reportada en estudios in vitro, reportes y estudios de caso.

1) Confirmaron que ***la "vacunación" ejerce una "impronta inmune" lo que dificulta que el sistema inmune pueda hacer anticuerpos de forma adecuada contra otras variantes tras haber recibido la inoculación***.

2) ***La* producción *de anticuerpos de las mucosas fue bajo en personas que recibieron la "vacuna" Pfizer/BioNTech*** (la protección inmune en las mucosas es lo que necesitamos si queremos evitar la infección y, por ende, la transmisión).

3) ***Los anticuerpos producidos de manera normal "*cambian*" con el tiempo para volverse más afines a otras variantes*** (eso es un proceso conocido en inmunología como "edición del receptor", y que ayuda a que los anticuerpos puedan ser más afines a lo que encuentran), pero ***esto no ocurrió con los anticuerpos "vacunales"***, que se mantuvieron estables. Encontraron que ***las personas inoculadas tienen mayor cantidad de Spike en los CG que las personas con infección natural, y que el ARNm de la "vacuna" persiste en los CG de nódulos linfáticos axilares (de las axilas) hasta dos meses después de la segunda dosis***. Sí, leyeron bien, hasta dos meses persisten las instrucciones para seguir produciendo Spike "vacunal". ***La proteína Spike "vacunal" podía* detectarse *en altas cantidades hasta dos semanas después, pero seguía presente a menor concentración hasta 2 meses después en los CG***.

4) Demostraron que ***sí es detectable Spike "vacunal" en la sangre de los inoculados, al menos por dos días***.

Ahora, gracias a este estudio, se cuenta con evidencia empírica que refuta los pseudo-argumentos tan frecuentes de algunos médicos y científicos, que buscan restar importancia a los cuestionamientos con frases tan someras como incorrectas al estilo de "no, claro que no se produce ARNm "vacunal" por muchos días, a lo más durará solo un par de días", o "no es cierto que se detecta Spike vacunal por días", o "claro que se produce más Spike con una infección natural que con una 'vacuna' de ARNm o vectorizada". No se sabía si esto era así o no, y ahora, al menos, ya se sabe que no es así.

En agosto de 2021, el portal Substack publicó un artículo en el que Ehden Biber, investigador británico de seguridad cibernética, revisó cómo se crearon las "vacunas" de ARNm y se centró en lo que él cree que puede ser "***el peor defecto de diseño en la historia de la humanidad***".

El ARNm se manipuló de forma genética a través de un proceso que se conoce como "optimización de codones", y se sabe que este proceso produce efectos secundarios inesperados. "¿Cómo es posible que Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen, entre otras, utilicen una tecnología que tanto ellos como las autoridades saben que puede causar efectos que se desconocen? preguntó Biber. Aquí hay un fragmento de este artículo:

"Intentar decirle a su cuerpo que genere proteínas es difícil por muchas razones. Una de ellas es ***el hecho de que cuando intenta ejecutar la información de la proteína, a través de los ribosomas que procesan ese código y generan la proteína, puede ser un proceso lento o atascarse un buen tiempo***.

Por suerte, los científicos descubrieron una manera de superar este problema al sustituir el código: ***en lugar de utilizar el código genético original para generar la proteína, cambiaron las letras en el código para optimizar el código***. Esto se conoce como optimización de codones.

Los codones son tres nucleótidos; los nucleótidos son los componentes básicos de su ADN. Aquí hay un ejemplo de la optimización de codones: ***se altera el 60% de los codones y se altera el 22% de los nucleótidos. ¡Y al final, los ribosomas producen la misma proteína! Pero ¿en realidad es la misma proteína? No***.

Biber cita a la Dra. Chava Kimchi Sarfaty, investigadora principal de la Administración de Alimentos y Medicamentos: "***Creemos que no es posible*** optimizar ***los codones y hacer que la proteína se comporte como lo hacía en su forma original***".

En 2011 la revista Nature Medicine publicó el artículo titulado: "Breaking the Silence", que describe cómo ***la optimización de codones, que utiliza esta sustitución sinónima de ADN, puede provocar enfermedades de muchas formas diferentes***.

Resulta que la proteína que produce la optimización de codones tiene diferentes formas de plegarse y una forma 3D diferente, lo que, por ejemplo, "***podría causar*** inmunogenicidad***, pero este efecto no aparecería sino hasta las últimas etapas de los ensayos clínicos o incluso hasta después de que se apruebe***", sin embargo, ***esta declaración se refiere al proceso de aprobación NORMAL y las 'vacunas' antiCovid se*** aprobaron ***sin pasar por todo este proceso***".

Biber también cita una serie de estudios que relacionan el mal plegamiento de proteínas con una variedad de patologías graves, como la neurodegeneración que se observa en el Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la insuficiencia cardíaca. Como se explica en el artículo: "Protein Misfolding Diseases" que se publicó en 2017:

"Para que las moléculas de las proteínas adquieran actividad funcional, deben plegarse en estructuras tridimensionales definidas. Sin embargo, las cadenas de proteínas pueden adoptar una gran variedad de estados conformacionales y, por lo general, su actividad biológica es poco estable.

Las proteínas metaestables tienden a poblar especies mal plegadas que son propensas a formar compuestos tóxicos, como oligómeros solubles y depósitos de amiloide fibrilar, que se relacionan con la neurodegeneración en enfermedades como el Alzheimer, párkinson y muchas otras patologías".

Para que la "vacuna" funcione, los niveles de expresión de las proteínas deben ser mucho mayores ***a los que se pueden obtener de forma natural***.

Al parecer, Pfizer fue la compañía que más recurrió a este proceso para fabricar su "vacuna", y no es ningún secreto que ***alterar el ARNm podría causar un mal plegamiento de proteínas y "anomalías de empalme***". Como lo señaló un artículo que se publicó en marzo de 2021:

"La vacuna antiCovid BNT162b2 está compuesta por un ARN de 4284 nucleótidos que se divide en seis secciones que contienen la información que se necesita para crear una fábrica de proteínas S-spike, que son las que utiliza el SARS-CoV-2 para infectar al huésped. Después de eso, estas proteínas se salen de la célula, lo que provoca la reacción inmunológica y la producción de anticuerpos.

El problema es que al alterar ***tanto el ARNm, se reemplaza el uracilo para engañar al sistema inmunológico con pseudouridina; las letras de todos los tripletes de codones se reemplazan por una C o una G, lo que acelera la síntesis de proteínas; se remplazan algunos aminoácidos con prolina y se agrega una secuencia (3'-UTR), lo que produce una alteración desconocida***.

Y una mala traducción genética tiene consecuencias ***en la fisiopatología de muchas enfermedades. Además, el ARNm inyectado es pre-ARNm, lo que puede producir varios ARNm maduros, que son anomalías de empalme, que a su vez provocan daños graves a largo plazo en la salud humana***.

En pocas palabras, ***lo que se creará no es*** idéntico ***a la proteína S spike; solo es un error en la decodificación traduccional, una mala lectura de codones y la producción de diferentes aminoácidos. Luego están las proteínas que se crean y que pueden causar daños a largo plazo en la salud humana***".

"En el Plan de Gestión de Riesgos de BNT162b2/Comirnaty, que se presentó ante la FDA para obtener la Autorización de Uso de Emergencia, ***Pfizer*** admitió ***que la optimización de codones que realizaron elevó los niveles de gamma glutamil transferasa (GGT), que es un marcador temprano de*** insuficiencia cardíaca".

Los niveles elevados de GGT también pueden indicar ***resistencia a la insulina, enfermedad cardiometabólica, enfermedad hepática y enfermedad renal crónica***. ***Tener niveles elevados de GGT, también*** significa ***que hay problemas en el hígado***. El nivel ideal de GGT es inferior a 16 unidades por litro (U/l) para hombres y menor a 9 U/l para mujeres. Si excede los 25 U/l (hombres) y los 18 U/L (mujeres), el riesgo de enfermedad crónica incrementa mucho.

Además, ***mientras sus niveles de GGT*** incrementan***, sus niveles de glutatión bajan***. De hecho, esta es una de las formas en que los niveles elevados de GGT dañan nuestra salud.

A pesar de que Pfizer reconoció ***estos riesgos, no*** realizó ***ningún estudio para evaluar la seguridad farmacológica, la genotoxicidad o la carcinogenicidad de su "vacuna"***.

Bajo circunstancias normales, ***se*** requieren ***estudios en animales para evaluar la seguridad farmacológica, genotoxicidad o carcinogenicidad. Pero para la "vacuna" antiCovid no se*** realizó ***ningún estudio en animales, por consiguiente, ninguno de los mencionados***. Para la aprobación rápida (fast-tracking), las "vacunas" de ARNm solo se ensayaron en humanos. Y al parecer, la FDA no tiene la intención de exigirle a Pfizer que realice las pruebas que se necesitan para determinar el impacto que puede tener la optimización de codones en la salud humana. Como señaló Biber:

"***Los fabricantes saben sobre el posible riesgo y las autoridades de salud también, pero no*** tratan ***estos productos como lo que son, terapias génicas, y no implementan un plan de mitigación de riesgos para el proceso de optimización de codones. Para eliminar el riesgo, primero debe identificarse***".

Otro problema que plantea el artículo de Biber es el hecho de que ***los tipos de células*** difieren ***bastante en el uso de su codificador, por lo que determinar cómo se traduce el ARNm en un tipo de tejido no dice mucho sobre cómo se*** traducirá ***en un tejido diferente. Ninguno de los fabricantes de "vacunas" antiCovid probó su producto en todos los tipos de tejidos (51 en total)***.

"***Estos cambios pueden*** alterar ***la traducción genética, que influye en la conformación de las proteínas, lo que puede provocar cambios estructurales,*** incrementar ***la inmunogenicidad y alterar el rendimiento. Eso es algo que se sabe desde los años 90.***

En un artículo, el Dr. Robert Malone explica qué tan rápido el cuerpo debe deshacerse del ARNm recién inyectado:

"El ARNm normalmente se degrada con bastante rapidez una vez fabricado o liberado en una célula. La estabilidad del ARNm está regulada por una serie de elementos genéticos, incluida la longitud de la "cola poli A", pero normalmente oscila entre ½ y un par de horas".

A pesar de la experiencia previa con el ARNm que degenera rápidamente, los hallazgos indican que el ARNm de "las vacunas Pfizer/BioNTech y Moderna, ***puede*** persistir ***en los ganglios linfáticos durante al menos*** 60 días ***después de la inyección***".

Se queda mucho más tiempo de lo esperado porque no es un ARNm ordinario:

"Esto no es natural, y esto no es realmente ARNm. Estas moléculas tienen elementos genéticos similares a los del ARNm natural, pero claramente son mucho más resistentes a las enzimas que normalmente degradan el ARNm

natural, parecen ser capaces de producir altos niveles de proteína durante períodos prolongados y parecen evadir los mecanismos inmunológicos normales para eliminando células que producen proteínas extrañas que normalmente no se observan en el cuerpo”.

Pfizer y Moderna cambiaron ***el ARNm en sus “vacunas” al incorporar en ellas pseudouridina***, un nucleótido sintético que en realidad es frecuente e inofensivo en nuestro ARNm natural, catalogado como" la más abundante de >150 modificaciones de nucleósidos en el ARN”.

Esta modificación, la adición de pseudouridina al ARNm, ocurre naturalmente en las células de nuestro cuerpo, de manera altamente regulada. Esto contrasta fuertemente con la incorporación aleatoria de pseudouridina sintética que ocurre con el proceso de fabricación utilizado para producir las ‘vacunas’ de "ARNm" Covid-19 de Moderna y Pfizer/BioNTech (pero no CureVac).

La inserción aleatoria e incontrolada de pseudouridina en las moléculas similares al "ARNm" fabricadas que se nos administran a tantos de nosotros, crea ***una población de polímeros que pueden parecerse al ARNm natural, pero que tienen una variedad de propiedades que los distinguen en una variedad de aspectos que son clínicamente relevante***.

Los investigadores han estado agregando pseudouridina al ARNm durante más de una década y notaron en 2020 la posibilidad de que esta adición "controle el metabolismo del ARNm en respuesta a las condiciones celulares cambiantes", es decir, previene la degradación del ARNm, Malone ha conectado estos estudios con el anterior al hallazgo de persistencia del ARNm de la “vacuna” en los ganglios linfáticos y con datos de eventos adversos:

“***La incorporación aleatoria extensiva de pseudouridina en las moléculas sintéticas similares a ARNm utilizadas para las vacunas Pfizer/BioNTech y Moderna SARS-CoV-2 bien puede explicar gran parte o la totalidad de la inmunosupresión observada, la reactivación del virus de ADN y la notable persistencia de las moléculas de ARNm de las ‘vacunas’ sintéticas” observadas en tejidos de biopsia de ganglios linfáticos***”.

Si bien la naturaleza exacta de los efectos secundarios creados por las “vacunas” de ARNm no podría haberse conocido en ausencia de estudios de seguridad a largo plazo, ***el hecho de que hubo un gran riesgo de efectos secundarios resultantes de la incorporación de pseudouridina debería haberlo sido***, como el Dr. Malone concluye:

“La pregunta que más me inquieta y me deja perplejo en este punto es ***por qué las*** consecuencias ***biológicas de estas modificaciones y los efectos adversos clínicos asociados no se*** investigaron ***a fondo antes de la administración generalizada de moléculas similares al "ARNm" que incorporan pseudouridina al azar a una población mundial***.

La biología, y en particular la biología molecular, es muy compleja y está interrelacionada con la matriz. Cambia una cosa aquí, y es muy difícil predecir lo que podría pasar allí. Por eso ***hay que* hacer *investigación clínica y no clínica rigurosamente controlada***.

Una vez más, me parece que la arrogancia de los científicos, médicos y burócratas gubernamentales de "salud pública" de alto estatus de "élite" ha superado el sentido común, ***se han* ignorado *normas reglamentarias bien establecidas y, como consecuencia, los pacientes han sufrido innecesariamente***".

¿Qué pasa con las personas que se han inoculado?

"Dado que prácticamente todos los métodos actuales de "terapia génica" son ineficientes y esencialmente entregan el material genético al azar a un pequeño subconjunto de células, ***no existe una forma práctica de* eliminar quirúrgicamente *las células transgénicas dispersas y relativamente raras***.

La* eliminación *de células modificadas genéticamente por el sistema inmunitario celular (células T) es el único* método *actualmente viable para eliminar células que han absorbido la información genética* extraña *("transfección" en el caso de ARNm o ADN, o "transducción" en el caso de de un gen viral vectorizado)".

Por lo dicho anteriormente y por otras cosas que se explicarán más adelante, 57 destacados científicos y médicos publicaron un estudio sobre las "vacunas" Covid que no tiene desperdicio y exigieron el cese inmediato de todas las "vacunas". Publicaron un informe en el que se cuestionaba la seguridad y eficacia de las actuales "vacunas" Covid-19 y pidieron el fin inmediato de todos los programas de vacunación:

"Hay dos certezas con respecto a la distribución mundial de las 'vacunas' Covid-19. La primera es que los gobiernos y la gran mayoría de los principales medios de comunicación están presionando con todas sus fuerzas para que estos medicamentos experimentales lleguen a la mayor cantidad de personas posible. La segunda es que aquellos que están dispuestos a enfrentar el desprecio que conlleva hacer preguntas serias sobre las 'vacunas' son actores fundamentales en nuestro esfuerzo continuo por difundir la verdad.

Todavía hay demasiadas preguntas sin respuesta con respecto a la seguridad, eficacia y necesidad de las 'vacunas' Covid-19. Este estudio es una bomba que debería ser escuchada por todos, independientemente de sus opiniones sobre las 'vacunas'. No hay suficientes ciudadanos que estén haciendo preguntas. La mayoría de las personas simplemente siguen las órdenes de los gobiernos del mundo, como si se hubieran ganado nuestra total confianza. No lo han hecho. Este manuscrito es un paso adelante en términos de responsabilidad y libre flujo de información sobre este tema crucial. Tómese el tiempo para leerlo y compartirlo ampliamente.

***Las 'vacunas' para otros coronavirus nunca han sido aprobadas para humanos, y los datos generados en el desarrollo de vacunas contra coronavirus diseñadas para provocar anticuerpos neutralizantes muestran que pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) y la inmunopatología Th2, independientemente de la 'vacuna', plataforma y método de entrega*.**

Se sabe que ***la mejora de la enfermedad impulsada por la 'vacuna' en animales 'vacunados' contra el SARS-CoV y MERS-CoV se produce después de la exposición viral***, y se ha atribuido a los complejos inmunes y la captura viral mediada por Fc por los macrófagos, que aumentan la activación y la inflamación de las células T.

En marzo de 2020, los inmunólogos en vacunas y los expertos en coronavirus evaluaron los riesgos de la 'vacuna' contra el SARS-CoV-2 basándose en los ensayos de la 'vacuna' contra el SARS-CoV en modelos animales. ***El grupo de expertos concluyó que la ADE y la inmunopatología eran una preocupación real***, pero afirmó que su riesgo era insuficiente para retrasar los ensayos clínicos, aunque sería necesario un seguimiento continuo.

Si bien no hay pruebas claras de la aparición de EAM e inmunopatología relacionada con la 'vacuna' en voluntarios inmunizados con 'vacunas' contra el SARS-CoV-2, ***los ensayos de seguridad hasta la fecha no han abordado específicamente estos efectos adversos graves (SAE). Dado que el seguimiento de los voluntarios no superó los 2-3,5 meses después de la segunda dosis, es poco probable que se hubiera observado tal EAG***. A pesar de los 92 errores en los informes, no se puede ignorar que incluso teniendo en cuenta el número de 'vacunas' administradas, Según el Sistema de Notificación de Efectos Adversos de las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de EE. UU., ***el número de muertes por millón de dosis de vacuna administradas se ha multiplicado por más de diez***. Creemos que existe una necesidad urgente de un diálogo científico abierto sobre la seguridad de las vacunas en el contexto de la inmunización a gran escala.

En este artículo, describimos algunos de los riesgos de la vacunación masiva en el contexto de los criterios de exclusión del ensayo de fase 3 y discutimos el SAE informado en los sistemas de registro de efectos adversos nacionales y regionales. Destacamos las preguntas sin respuesta y llamamos la atención sobre la necesidad de un enfoque más cauteloso de la vacunación masiva. Creemos que existe una necesidad urgente de un diálogo científico abierto sobre la seguridad de las "vacunas" en el contexto de la inmunización a gran escala.

Con pocas excepciones, *los ensayos de la "vacuna" contra el SARS-CoV-2 excluyeron a los ancianos, lo que hizo imposible identificar la aparición de eosinofilia posvacunación y aumento de la inflamación en los ancianos*. Los estudios de las 'vacunas' contra el SARS-CoV mostraron que los ratones ancianos inmunizados tenían un riesgo particularmente alto de inmunopatología Th2 potencialmente mortal. A pesar de esta evidencia y los datos extremadamente limitados sobre la seguridad y

eficacia de las 'vacunas' contra el SARS-CoV-2 en los ancianos, las campañas de 'vacunación' masiva se han centrado en este grupo de edad desde el principio. *La mayoría de los ensayos también excluyeron a voluntarias embarazadas y lactantes, así como a aquellas con enfermedades crónicas y graves como tuberculosis, hepatitis C, autoinmunidad, coagulopatías, cáncer e inmunosupresión, aunque a estas receptoras se les ofrece ahora la vacuna en la premisa de la seguridad*.

Otro criterio de exclusión de casi todos los ensayos fue la exposición previa al SARS-CoV-2. Esto es lamentable, ya que negó la oportunidad de obtener información extremadamente relevante sobre el ADE posterior a la vacunación en personas que ya tienen anticuerpos anti-SARS-Cov-2. Hasta donde sabemos, ***ADE no está siendo monitoreado sistemáticamente para ningún grupo de edad o condición médica al que actualmente se le administra la 'vacuna'***. Además, ***a pesar de que una proporción sustancial de la población ya tiene anticuerpos, las pruebas para determinar el estado de los anticuerpos contra el SARS-CoV-2 antes de la administración de la 'vacuna' no se realizan de forma rutinaria***.

Covid-19 abarca un amplio espectro clínico, que va desde patología pulmonar muy leve a grave y enfermedad multiorgánica mortal con desregulación inflamatoria, cardiovascular y de la coagulación sanguínea. En este sentido, los casos de EAM o inmunopatología relacionados con la 'vacuna' serían clínicamente indistinguibles del Covid-19 grave. Además, incluso en ausencia del virus SARS-CoV-2, ***la glucoproteína Spike sola causa daño endotelial e hipertensión*** in vitro e in vivo en hámsteres sirios al regular negativamente la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) y deteriorar la función mitocondrial. Aunque estos hallazgos deben confirmarse en humanos, ***las implicaciones de este hallazgo son asombrosas, ya que todas las vacunas autorizadas para uso de emergencia se basan en la administración o inducción de la síntesis de glicoproteínas de Spike***. ***En el caso de las 'vacunas' de ARNm y las vacunas vectorizadas con adenovirus, ni un solo estudio ha examinado la duración de la producción de Spike en humanos después de la 'vacunación'***. Bajo el principio de precaución, es parsimonioso considerar que la síntesis de Spike inducida por la 'vacuna' podría causar signos clínicos de Covid-19 grave y, erróneamente, contabilizarse como nuevos casos de infecciones por SARS-CoV-2. Si es así, es posible que nunca se reconozcan los verdaderos efectos adversos de la actual estrategia mundial de vacunación a menos que los estudios examinen específicamente esta cuestión. ***Ya existe evidencia no causal de aumentos temporales o sostenidos en las muertes por Covid-19 luego de la vacunación en algunos países y a la luz de la patogenicidad de Spike, estas muertes deben ser estudiadas en profundidad para determinar si están relacionadas con la 'vacunación', ni un solo estudio ha examinado la duración de la producción de Spike en humanos después de la 'vacunación'***.

Otro tema crítico a considerar dada la escala global de la 'vacunación' contra el SARS-CoV-2 es la autoinmunidad. ***El supuesto SARS-CoV-2 tiene numerosas***

proteínas inmunogénicas, y todos menos uno de sus epítopos inmunogénicos tienen similitudes con las proteínas humanas. ***Estos pueden actuar como una fuente de antígenos, lo que conduce a la autoinmunidad***. Si bien es cierto que se podrían observar los mismos efectos durante la infección natural por el SARS-CoV-2, la 'vacunación' está destinada a la mayor parte de la población mundial, mientras que se estima que solo el 10% de la población mundial ha sido infectada por el SARS-CoV-2, según el Dr. Michael Ryan, jefe de emergencias de la Organización Mundial de la Salud. ***No hemos podido encontrar pruebas de que ninguna de las 'vacunas' autorizadas actualmente haya examinado y excluido epítopos inmunogénicos homólogos para evitar una posible autoinmunidad debido al cebado patógeno***.

A nivel de población, también podría haber impactos relacionados con las 'vacunas'. El SARS-CoV-2 es un virus de ARN de rápida evolución que hasta ahora ha producido más de 40 000 variantes, algunas de las cuales afectan al dominio antigénico de la glicoproteína Spike. ***Dadas las altas tasas de mutación, la síntesis inducida por la 'vacuna' de altos niveles de anticuerpos anti-SARS-CoV-2-Spike podría teóricamente conducir a respuestas subóptimas contra infecciones subsecuentes por otras variantes en individuos 'vacunados', un fenómeno conocido como cebado antigénico***. Se desconoce hasta qué punto las mutaciones que afectan la antigenicidad del SARS-CoV-2 se fijarán durante la evolución viral, pero ***las 'vacunas' podrían actuar como fuerzas selectivas que impulsan variantes***, teóricamente con mayor infectividad o transmisibilidad. Teniendo en cuenta la gran similitud entre las variantes conocidas del SARS-CoV-2, este escenario es poco probable, pero si las variantes futuras difirieran más en los epítopos clave, ***la estrategia de vacunación global podría haber ayudado a dar forma a un virus aún más peligroso***. Este riesgo se ha señalado recientemente a la atención de la OMS en una carta abierta".

La conclusión a la que llegan:

Los riesgos descritos aquí son un obstáculo importante para continuar con la "vacunación" mundial contra el SARS-CoV-2. Se necesita evidencia sobre la seguridad de todas las "vacunas" contra el SARS-CoV-2 antes de exponer a más personas al riesgos de estos experimentos, ya que ***lanzar una "vacuna" candidata sin tiempo para comprender completamente el impacto resultante en la salud podría conducir a una exacerbación de la actual crisis mundial***.

Aquí pueden encontrar una publicación de AC NEWS, en la que se recogen ***más de 1000 artículos y reportes clínicos que*** demuestran ***eventos adversos derivados de las inoculaciones de las "vacunas" Covid***. De igual forma, aquí se pueden encontrar enlaces a ***más de mil estudios y artículos científicos sobre las reacciones adversas a las "vacunas" Covid-19. Todos los estudios han sido redactados por científicos y profesionales de la medicina. Todos ellos han aparecido en revistas y publicaciones científicas y médicas. La mayoría de ellos han sido revisados por pares.***

Todos ellos presentan un trabajo serio realizado por investigadores serios.

Algunas de las reacciones adversas posteriores a la "vacunación" que describen estos estudios son:

- Hemorragia cerebral mortal
- Trombosis venosa
- Púrpura trombocitopénica inmune
- Miocarditis
- Pericarditis
- Miopericarditis
- Muerte
- Síndrome de Guillain-Barré
- Tromboembolismo venoso agudo
- Linfadenopatía
- Trombosis aguda del árbol coronario
- Trombosis del seno venoso cerebral
- Trombosis de la vena porta
- Linfoma de células T
- Afasia
- Anafilaxia
- Cardiomiopatía
- Trombofilia

Supresión del sistema inmunológico innato

En un estudio científico revisado por pares, recientemente publicado y realizado por Stephanie Seneff, Ph.D., Peter A. McCullough, Ph.D y coautores, han concluido que ***las "vacunas" contra la Covid-19 están dañando el sistema inmunitario innato***, lo que respalda la evidencia publicada durante los últimos meses de que las personas completamente "vacunadas" están desarrollando alguna nueva forma de síndrome de inmunodeficiencia inducido por las inyecciones de Covid-19.

En él describen el ***mecanismo de las inyecciones antiCovid que resulta en la supresión del sistema inmunológico innato. Lo hace al inhibir la vía del interferón tipo 1***. Seneff y sus coautores profundizan en los mecanismos de las inyecciones Covid, ***mostrando cómo de ninguna manera, son seguras o efectivas.***

Como señaló Seneff, cuando observa las diversas bases de datos en busca de efectos adversos, puede ver ***una señal de seguridad excepcionalmente fuerte***, y los desarrolladores de inyecciones antiCovid lo saben. Seneff ha estado analizando los datos sobre el cáncer, por ejemplo, y en promedio, ***hay el doble de informes de cáncer después de las inyecciones contra la Covid en comparación con todas las demás vacunas combinadas en los últimos 31 años***. "Es simplemente asombroso, porque en general es dos veces más alto. El cáncer de mama, por ejemplo, es tres veces más alto para estas inyecciones en un año, que para todas las demás vacunas durante 31 años. Es una señal muy fuerte. El linfoma también aparece con mucha más frecuencia con estas 'vacunas' contra la Covid".

Las inyecciones suprimen ***el sistema inmunológico innato al inhibir el interferón tipo 1***. Uno de los primeros estudios que alertó a Seneff y McCullough sobre esto fue un estudio, en el que las células humanas cultivadas en un cultivo se expusieron a las nanopartículas de ADN que les indican que produzcan la proteína de punta del SARS-CoV-2, al igual que las inyecciones antiCovid.

La cepa celular se llama HEK-293. Estas son células que se tomaron de los riñones de un feto abortado en la década de 1980 y se usan con frecuencia en la investigación. Mientras se extraen de los riñones, estas células tienen propiedades similares a las de las neuronas. ***Cuando se programan para producir proteína de punta, estas células*** liberan ***esa proteína de punta dentro de los exosomas, nanopartículas de lípidos dentro de las cuales se empaqueta la proteína pico (Spike)***.

Los exosomas actúan como una red de comunicación para las células. Cuando una célula está bajo estrés, libera exosomas que contienen algunas de las moléculas que la están estresando. Entonces, en el caso de las inyecciones antiCovid, ***los*** exosomas ***contienen proteína de punta y microARN***. Los microARN son moléculas de señalización que pueden influir en la función celular. Hacen que la célula cambie su comportamiento o metabolismo. Por lo general, lo hacen mediante la supresión de ciertas enzimas.

El estudio de la India encontró ***dos microARN específicos dentro de los exosomas liberados*** por estas células similares a neuronas: miR-148a y miR-590. Luego, los investigadores expusieron microglia (células inmunes en su cerebro) a estos exosomas. Entonces, como explicó Seneff, ***tienes neuronas en tu cerebro que*** producen ***proteína de punta, o absorben proteína de punta que está en circulación, y reaccionan liberando exosomas***.

Luego, los exosomas son recogidos ***por la microglía***, las células inmunitarias del cerebro. ***Cuando las células inmunitarias*** reciben ***esos exosomas, activan una respuesta inflamatoria. Esta es principalmente una*** respuesta ***a esos microARN, el miR-148a y el miR-590. Por supuesto, también tienes la proteína de pico tóxico allí***.

Combinados, causan inflamación ***en el cerebro, lo que daña las neuronas***. ***Esta inflamación, a su vez, puede*** contribuir ***a una serie de***

trastornos cerebrales degenerativos. ***Las partículas de lípidos en la inyección antiCovid, que contienen el ARNm, son*** similares ***a los exosomas, pero no idénticas***. También son muy similares a las partículas de lípidos de baja densidad (LDL). "Creo que los exosomas son probablemente un poco más pequeños. Las partículas de la "vacuna" son más grandes. Son más como una partícula LDL. Las partículas de la 'vacuna' tienen colesterol en su membrana y tienen lipoproteínas. Entonces, están hechos para parecerse a una partícula LDL. Pero luego agregan este lípido catiónico, que es muy, muy tóxico, un lípido catiónico sintético que lo hace cargado positivamente. Experimentalmente, descubrieron que este lípido, cuando la célula absorbe la partícula, se libera en el citoplasma, donde ese ARNm luego produce proteína de punta. Las inyecciones antiCovid, están diseñadas para proteger el ARN para que no se descomponga, para hacer que el ARN sea muy eficiente para producir proteína de pico. ***Es muy*** diferente ***del ARNm que produce el virus, aunque codifica la misma proteína***".

Seneff escribió un artículo completo que detalla las diferencias entre la proteína de pico viral y la proteína de pico de inyección antiCovid, junto con Greg Nigh, que se publicó en el International Journal of Vaccine Theory, Practice and Research en mayo de 2021. Básicamente sirve como un manual para entender lo que aquí se discute. ***Dos microARN, miR-148a y miR-590, excretados en los exosomas junto con la proteína espiga o pico, (Spike),*** interrumpen ***significativamente la respuesta del interferón tipo 1 en cualquier célula, incluidas las células inmunitarias***.

En el artículo de la india citado anteriormente, descubrieron que ***la microglía terminaba produciendo inflamación en el cerebro y que los dos microARN eran fundamentales en este proceso***. ***El miR-148a y el miR-590 se*** colocaron ***en esos exosomas con la proteína pico, y estos dos microARN pueden*** interrumpir ***significativamente la respuesta del interferón tipo 1 en cualquier célula, incluidas las células inmunitarias***.

El interferón tipo 1 también mantiene ***bajo control los virus latentes como el herpes y la varicela (que causa el herpes zóster), por lo que si se suprime la vía del interferón, estos virus latentes también pueden comenzar a*** emerger. La base de datos VAERS revela que muchos de los que han recibido inyecciones informan este tipo de infecciones. ***El interferón suprimido también*** aumenta ***el riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares***.

La respuesta del interferón tipo 1 es absolutamente crucial ***como respuesta de primera etapa a una infección viral***. Cuando una célula es invadida por un virus, libera interferón alfa tipo 1 e interferón beta tipo 1. Actúan como moléculas de señalización que le dicen a la célula que ha sido infectada.

Eso, a su vez, inicia la respuesta inmune y la pone en marcha temprano en la infección viral. Se ha demostrado que ***las personas que terminan con una infección grave por supuesto SARS-CoV-2, tienen una respuesta de interferón tipo 1 comprometida***.

La inyección básicamente* imita *una infección grave. En una infección leve, es posible que no produzca ningún anticuerpo porque las células inmunitarias innatas son lo suficientemente fuertes para combatir la infección sin ellas. ***Es cuando su sistema inmunitario innato es débil cuando se mete en* problemas*, y parte de esa debilidad es una respuesta suprimida del interferón tipo 1***. ***Si la respuesta de interferón tipo 1 es* deficiente*, sus células inmunitarias no son muy capaces de detener la propagación del virus en su cuerpo***.

Según Seneff, la razón por la cual la suplementación con interferón tipo 1 no se ha recomendado hasta ahora es porque se debe sincronizar perfectamente para que la cascada inmunitaria funcione correctamente. El interferón tipo 1 juega un papel definitivo solo en la etapa más temprana de la infección. Una vez que ha entrado en una etapa de infección moderada o grave, es demasiado tarde para usarlo.

Las inyecciones experimentales son tan poco* naturales *que el sistema inmunológico ya no responde correctamente. "Mi impresión es que las células inmunitarias no saben qué está pasando. Hay esta proteína tóxica que se produce en cantidades masivas por las células inmunitarias. Eso es extremadamente inusual. No hay signos de ningún tipo de infección viral porque estos ARN se parecen a los ARN humanos. Es como si las células inmunitarias humanas de repente decidieran producir una proteína realmente tóxica y producir mucho, que es exactamente lo que están haciendo, y el sistema inmunitario está completamente desconcertado por esto. ***Las células inmunitarias no dan la* respuesta *correcta***. Por supuesto, ***estas células inmunitarias que están* sobrecargadas *con toda esta proteínas pico, para deshacerme de ellas, las* liberan *como a estos exosomas***. Los microARN en los exosomas, suponen que las células receptoras necesitarán esas moléculas de señalización particulares para ayudarlos a hacer lo que sea necesario para hacer frente a esta carga tóxica. Por lo tanto, ***está* distribuyendo *la proteína pico por el resto del cuerpo, solo para disipar la toxicidad que está enfrentando en el bazo***. Cuando la proteína pico se muestre allí, permite que las células inmunitarias, las células B y las células T, que necesitan acercarse a ella, descubran cómo dar forma a sus anticuerpos. ***Los anticuerpos se* moldean *para que coincidan con la proteína tóxica que está expuesta en la superficie de los exosomas***. Después de unos 14 días de la segunda inyección, los exosomas indujeron una respuesta de anticuerpos. Los investigadores percibieron que ***los exosomas* desempeñaban *un papel fundamental en esta respuesta extrema de anticuerpos producida por las células B y las células T, el sistema inmunitario adaptativo***.

También hay anticuerpos que* aumentan *la enfermedad en lugar de combatirla, y el nivel de estos anticuerpos disminuye a un ritmo más lento que los anticuerpos protectores. Entonces, después de varios meses, termina con una respuesta inmunitaria* NEGATIVA*. En otras palabras, ahora eres más propenso a las infecciones que nunca. Como explica Seneff:

"***Hay un punto de* cruce *en el que los anticuerpos potenciadores pueden ser más fuertes que los anticuerpos protectores, y ahí es cuando se puede obtener esta mejora dependiente de anticuerpos (*ADE*, por sus siglas en inglés) que las personas han visto en el pasado con otras inyecciones contra el coronavirus***".

Después de que el estudio de la India alertó a Seneff y McCullough sobre el problema del interferón, se encontraron con un estudio chino que rastreaba el efecto de la inyección antiCovid en el sistema inmunológico a lo largo del tiempo. Aquí, descubrieron que la infección causó un aumento en las células T CD8+, células T citotóxicas importantes que en realidad eliminan las células infectadas.

Como señaló Seneff, las células CD8+ son una parte importante de la defensa contra el supuesto SARS-CoV-2. Es importante destacar que ***las células T CD8+*** mejoraron ***en respuesta a la infección natural, pero no en respuesta a la inyección antiCovid***. ***Ellos también encontraron*** supresión ***del interferón tipo 1 después de la inyección***. Entonces, ***después de la*** inyección***, no solo se deprime la respuesta de primera línea (la respuesta del interferón tipo 1), sino que también se pierde la parte de la respuesta inmunitaria que elimina las células infectadas***.

Un tercer microARN (ARNm), supuestamente, creado por la infección natural por SARS-CoV-2 es miR-155, y juega un papel importante en la salud del corazón. Al principio de la pandemia, hubo informes de que el Covid-19 causaba problemas cardíacos.

Seneff sospecha que ***los exosomas que contienen miR-155 también pueden estar presentes después de la inyección y pueden*** desempeñar ***un papel en el daño cardíaco que se informa***. Específicamente, ***miR-155 está asociado con*** miocarditis. Como se mencionó anteriormente, ***el microARN*** suprime ***ciertas proteínas que luego provocan una complicada respuesta en cascada***. ***Cuando una proteína en particular que es un jugador crítico es*** suprimida ***por un microARN, entonces, tiene lugar una cascada completamente diferente***.

Los anticuerpos supuestamente producidos por la inyección también ***tienen varias*** secuencias ***peptídicas cortas que se han encontrado previamente en varias células humanas relacionadas con enfermedades*** autoinmunes. Seneff explica:

"Kanduc ha escrito mucho sobre esto. Ella es una experta en estos anticuerpos… ***La proteína pico SARS-CoV-2 se superpone mucho con la proteína humana. Eso significa que cuando creas una respuesta de anticuerpos realmente fuerte a la proteína pico, esos anticuerpos pueden confundirse y pueden atacar a una proteína humana que tiene una secuencia similar***.

Esa es una forma clásica de enfermedad autoinmune. Se llama mimetismo molecular. Había muchas proteínas diferentes que

coincidían. Fue bastante sorprendente… Parece estar muy bien diseñado para inducir enfermedades autoinmunes, si se producen anticuerpos contra esas secuencias en la proteína pico”.

Las inyecciones también están estrechamente asociadas con problemas neurológicos como temblores y temblores incontrolables. Curiosamente, este efecto secundario afecta desproporcionadamente a las mujeres. El mecanismo aquí nuevamente involucra a los exosomas. Seneff explica:

“Siento que hay una señal muy fuerte de que esas células inmunitarias en el bazo producen proteínas pico y las liberan en los exosomas. Se ha demostrado en estudios sobre la enfermedad de Parkinson que esos exosomas viajan a lo largo de las fibras nerviosas. Irán a lo largo del nervio esplácnico, se conectarán con el nervio vago, subirán al cerebro y entrarán en todos estos diferentes nervios en el cerebro.

Cuando observa la base de datos VAERS, ve señales tremendas para todo tipo de cosas que sugieren que se están inflamando diferentes nervios. Por ejemplo, casos de tinnitus asociados con la ‘vacuna’ Covid-19, y eso es solo lo que se informa. El tinnitus es una señal fuerte. Tinnitus va a ser la inflamación del nervio auditivo. Esto significa que tiene que ir desde el bazo hasta el nervio vago y luego conectarse al nervio auditivo para causar tinnitus.

Luego tienes la parálisis de Bell, que es la inflamación del nervio facial. Tienes migraña. Hay más de 8000 casos de migraña, que está relacionada con una inflamación del nervio trigémino.

Probablemente también va, sospecho, a lo largo de las fibras nerviosas de la columna vertebral, lo que puede estar causando algunos de estos casos en los que encuentran parálisis. Las personas tienen muchos problemas de movilidad relacionados con estas inyecciones.

Veo la posibilidad de que causan muchas alteraciones en la vaina de mielina y hablamos de eso en el artículo. Se trata, de nuevo, de señalización compleja. Puede llegar al problema de la vaina de mielina a través de la interrupción del interferón tipo 1.

Eso, nuevamente, involucra algo llamado factor de respuesta de interferón 9 IRF9. Esta proteína desencadena la producción de sulfatida en el hígado, y esta proteína es suprimida por estos microARN que mencioné anteriormente”.

La sulfatida, un importante transportador de lípidos, es el único lípido sulfonado del cuerpo humano. Su hígado produce la mayor parte de la sulfatida, que luego es transportada por sus plaquetas (células sanguíneas) a otras áreas de su cuerpo. La vaina de mielina contiene altas cantidades de sulfatida. Es parte de lo que protege la vaina de mielina. En las enfermedades desmielinizantes, esa sulfatida se erosiona, lo que finalmente permite que la mielina sea atacada.

Seneff cree que ***la inyección antiCovid* provoca *un daño significativo en la mielina, gracias a estos exosomas inflamatorios. Este daño no necesariamente* aparece *de inmediato, aunque algunos receptores de inyecciones experimentan efectos devastadores agudos. Pueden pasar 10 años o más antes de que se* presente *una enfermedad desmielinizante***.

La pérdida del olfato y la disfagia, la incapacidad para tragar, son* signos *de la enfermedad de Parkinson, y miles de estas afecciones se informan después de las inyecciones. Entonces, ***en los próximos años, podríamos estar viendo una* explosión *de Parkinson***. Los estudios de Parkinson han demostrado que se pueden obtener patógenos en el intestino que producen una proteína similar a un prión (proteína mal plegada capaz de transmitir su forma mal plegada a otras variedades de la misma proteína), que es la proteína pico. Luego, las células inmunitarias lo toman y lo llevan al bazo. Esto, por supuesto, causa estrés. Una célula inmunitaria estresada en el bazo regula al alza y produce más alfa-sinucleína. La alfa-sinucleína es una molécula que combate la infección, y esa es la molécula que se pliega mal en asociación con la enfermedad de Parkinson. Todas estas moléculas son como priones. Está la proteína priónica en sí, que está asociada con la ECJ, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, pero luego está la alfa-sinucleína y la beta amiloide, está la TDP-43, que está asociada con la esclerosis lateral amiotrófica o ELA. Todas esas enfermedades están sobrerrepresentadas en la base de datos VAERS para las iinyecciones antiCovid-19 en comparación con todas las demás vacunas combinadas durante 31 años. Está completamente fuera de lugar.

Otro enfoque del artículo de Seneff y McCullough es algo llamado G4 o G-quadruplexes. Los G4 son básicamente un arreglo de guaninas. Las guaninas son uno de los cuatro nucleótidos que componen el ADN o el ARN. Guanina es la G en el G4. Lo que sucede es que ***una secuencia de nucleótidos en una cadena de ADN o ARN puede* plegarse *sobre sí misma y formar G-quadruplexes***. Son cuatro guaninas, en diferentes lugares de la proteína, dando vueltas y uniéndose. Hay un metal en el medio, a menudo potasio o calcio, que ayuda a estabilizar estos G4. Lo interesante de ellos es que estructuran el agua que los rodea. Hacen agua gelificada [también conocida como agua de la zona de exclusión (EZ). Esos G4 pueden formarse en el ADN, y eso en realidad evita que se active. El ADN no se convierte en ARN y no produce proteínas si tiene esos G4. Probablemente, el agua EZ no permite que nada se acerque. Como si estuviera atrapado en un gel. Hay muchos G4 en las regiones promotoras de estas secuencias de ADN, y hay muchas proteínas que tienen estos G4 en su región promotora. Curiosamente, hay ciertas proteínas que pueden desenredarlos. Hay proteínas que pueden unirse a ellos y hacer que el G4 se deshaga, y eso activa o permite que la proteína se exprese. Es un elemento regulador que controla qué proteínas llegan a expresarse a partir del ADN. Muchas de las proteínas que tienen estos G4 en su promotor son oncogenes de cáncer. Mientras permanezcan gelificados, están inactivos, pero si se despegan, se vuelven activos.

Resulta que las proteínas priónicas están hechas de ARN, y el ARN tiene estos G4. La proteína puede unirse a los G4 en el ARN y ambos reaccionan. La teoría es que la proteína se vuelve similar a un prión. Estas proteínas priónicas tienen dos

formas de ser, una es segura y la otra no lo es, y los ***G4* aumentan *el riesgo de plegamiento incorrecto de la proteína priónica***. La presencia de esos G4 y la reunión con esos G4 aumenta el riesgo de plegarse incorrectamente en la configuración similar a un prión. ***Lo interesante de esto es que la proteína pico es una proteína* similar *a un prión***. Con respecto al ARN que construyeron para la inyección experimental, hicieron algo llamado optimización de codones, lo que implicó poner muchas más guaninas en el ARN que las encontradas en el supuesto virus original. Mejoraron la guanina. ***Mejorar la guanina significa* aumentar *la cantidad de G4, lo que* significa *aumentar el riesgo de que la proteína pico se pliegue incorrectamente en una proteína similar a un prión***. ***Los G4 aumentan el riesgo, el* peligro *de que la proteína espiga actúe como una proteína similar a un prión***. No sabemos realmente cuál será la consecuencia de tener todos estos ARN G4 en el citoplasma. Tenemos cantidades masivas de estos ARN sentados allí con sus G4. ¿Qué va a hacer eso con el resto del proceso regulatorio G4? No sabemos.

A modo de resumen, ***la inyección contra Covid* causa *la supresión del interferón alfa, lo que debilita el sistema inmunológico***. De hecho, los reguladores de la Unión Europea ahora advierten que ***las inyecciones repetidas de Covid pueden debilitar la inmunidad general***.

El mecanismo principal es el* deterioro *de la respuesta del interferón alfa, que es esencial para la activación adecuada de su sistema inmunológico innato, su inmunidad celular, principalmente sus células T y células asesinas. Cuando funciona correctamente, la célula lanza la respuesta de interferón tipo 1 tan pronto como se infecta con un virus.

Hace ***que las células inmunitarias entren, eliminen el virus y eliminen los desechos. Esto* activa *el componente humoral de su sistema inmunológico, la producción de anticuerpos, que lleva más tiempo*** (por eso dicen que no estás protegido hasta 14 días después de la inyección).

¿Cómo se suprime el interferón tipo 1 con la inyección? Se suprime porque ***el interferón tipo 1 responde al ARN viral y el ARN viral no está presente en la inyección antiCovid***. ***El ARN se modifica para parecerse a una molécula de ARN humano, por lo que la vía del interferón no se activa***. Peor aún, ***la vía del interferón se* suprime activamente *por la gran cantidad de proteínas de punta producidas a partir del ARNm en la inyección y por los microARN en los exosomas liberados por las células inmunitarias estresadas***. ***Después de la* inyección*, no solo se deprime la respuesta de primera línea (la respuesta del interferón tipo 1), sino que también se pierde la parte de la respuesta inmunitaria que elimina las células infectadas***.

Hay anticuerpos que* aumentan *la enfermedad en lugar de combatirla, y el nivel de estos anticuerpos disminuye a un ritmo más lento que los anticuerpos protectores. Entonces, después de varios meses, termina con una respuesta inmunitaria* NEGATIVA*. En otras palabras, ahora eres más propenso a las infecciones que nunca. ***Hay un punto de* cruce *en el que los***

anticuerpos potenciadores pueden ser más fuertes que los anticuerpos protectores, y ahí es cuando se puede obtener esta mejora dependiente de anticuerpos (ADE, por sus siglas en inglés) que las personas han visto en el pasado con otras inyecciones contra el coronavirus"

El estudio se publicó el 21 de enero y además, presenta una serie de pruebas de que las modificaciones genéticas introducidas por las "vacunas" de ARNm tienen diversas consecuencias para la salud humana.

Estos incluyen pero no se limitan a:

- Un vínculo causal potencialmente directo con la enfermedad neurodegenerativa
- Miocarditis
- Trombocitopenia inmune
- Parálisis de Bell
- Enfermedad del hígado
- Alteración de la inmunidad adaptativa
- Aumento de la producción o formación de un tumor o tumores
- Daños en el ADN

El Dr. Peter Mccullough, quien realizó el estudio junto con el Dr. Anthony Kyriakopoulos, el Dr. Greg Nigh y la Dra. Stephenie Sennef, también proporciona evidencia de los informes de eventos adversos realizados al Sistema de Informes de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS) para respaldar sus conclusiones.

El grupo de científicos explora en su artículo la literatura científica que sugiere que la "vacunación" con una "vacuna" de ARNm antiCovid-19 ***inicia una serie de eventos biológicos que no solo son diferentes de los inducidos por la supuesta infección natural, sino que son contraproducentes en varios aspectos tanto para y el rendimiento del sistema inmunitario a largo plazo y la función celular normal***.

McCullough y compañía, también afirman que ahora se ha demostrado que las inyecciones de Covid-19 "regulan a la baja las vías críticas relacionadas con la vigilancia del cáncer, el control de infecciones y la homeostasis celular. Introducen en el organismo material genético muy modificado".

Los siguientes son algunos de los aspectos más destacados de un estudio extremadamente bien investigado e increíblemente extenso:

Daño al Sistema Nervioso Central

El estudio hace referencia a un artículo de un equipo de investigación en India que investigó el papel de los exosomas en la respuesta celular a la proteína de punta SARS-CoV-2 sintetizada internamente.

Escribieron en el resumen: "Proponemos que ***el producto del gen SARS-CoV-2, Spike, pueda modificar la carga exosomal del huésped, que se transporta a tejidos y órganos distantes no infectados y puede iniciar una cascada inmunitaria catastrófica dentro del sistema nervioso central. Sistema (SNC)***".

Deterioro de la reparación del ADN y la inmunidad adaptativa

El sistema inmunitario y el sistema de reparación del ADN son los dos sistemas principales de los que dependen los organismos superiores para defenderse de diversas amenazas y comparten elementos comunes.

La pérdida de la función de las proteínas clave de reparación del ADNr conduce a defectos en la reparación que inhiben la producción de células B y T funcionales, lo que resulta en inmunodeficiencia. ***La reparación alterada del ADN también es una vía directa hacia el cáncer***.

McCullough y compañía, hacen referencia a un estudio realizado por investigadores en Shanghái, China, que monitoreó varios parámetros asociados con la función inmunológica en una cohorte de pacientes antes y 28 días después de la "vacunación" con Covid-19.

Los autores encontraron una alteración constante de la expresión génica después de la vacunación en muchos tipos diferentes de células inmunitarias.

Los autores encontraron ***una alteración constante de la expresión génica después de la "vacunación" en muchos tipos diferentes de células inmunitarias***.

Ellos escribieron:

"Juntos, estos datos sugirieron que después de la "vacunación", al menos para el día 28, además de la generación de anticuerpos neutralizantes, ***los sistemas inmunológicos de las personas, incluidos los de los linfocitos y los monocitos, quizás estaban en un estado más vulnerable***".

Estos autores también ***identificaron cambios perturbadores en la expresión génica que implicarían una capacidad disminuida para reparar el ADN***.

Trombocitopenia inmune

La trombocitopenia inmunitaria es un trastorno autoinmunitario en el que el sistema inmunitario ataca a las plaquetas sanguíneas circulantes.

Las plaquetas normalmente circulan con un promedio de vida de solo cinco a nueve días, por lo que se sintetizan constantemente en la médula ósea y se eliminan en el bazo.

Los autores del estudio escriben que un tercio del total de plaquetas del cuerpo se encuentran en el bazo. ***Dado que las "vacunas" de ARNm son transportadas al bazo por células inmunitarias atraídas inicialmente al sitio de inyección en el músculo del brazo, existe una gran oportunidad para la liberación de exosomas que contienen proteína de punta por macrófagos infectados con la "vacuna" en el bazo***.

Por lo tanto, ***los exosomas liberados por los macrófagos que son obligados por la "vacuna" a sintetizar la proteína del pico, actúan para aumentar el riesgo de trombocitopenia en respuesta a los complejos inmunitarios formados por el antígeno del pico y los anticuerpos producidos contra el pico***.

Señal VAERS para inmunosupresión, trombocitopenia y neurodegeneración

Durante los 31 años de historia de VAERS, hubo un total de 9153 muertes reportadas en asociación con cualquier vacuna, y 7114 (***78%) de esas muertes estuvieron relacionadas con las "vacunas" contra el Covid-19***.

Es importante destacar que solo el 14% de las muertes informadas por VAERS hasta junio de 2021 podrían descartar la "vacunación" como causa. Esto sugiere fuertemente que ***estas "vacunas" sin precedentes exhiben mecanismos inusuales de toxicidad que van mucho más allá de lo que se observa con las vacunas tradicionales***.

Un impactante ***96% de todos los casos que relacionan la parálisis de Bell con cualquier vacuna desde 1990 estaban relacionados con las "vacunas" Covid-19*** (3197 de 3331 casos). Hubo 760 reportes de Síndrome de Guillain Barré (GBS) para "vacunas" Covid-19. Se enumeraron más de 100 casos de neuritis óptica o neuropatía óptica. Un total de 8298 informes vincularon la migraña con el Covid-19.

También hubo 52 casos de Herpes zoster oticus vinculados a las "vacunas" Covid-19. Este es básicamente un caso de herpes que afecta los nervios craneales cerca de las orejas. La pérdida de audición es un síntoma característico del herpes zóster ótico y puede volverse permanente.

A partir del 19 de noviembre de 2021, hubo 12 204 casos en los que se mencionó "tinnitus". La sordera es, por supuesto, mucho más grave y, por lo tanto, menos común y, sin embargo, también tiene un número sorprendente de aciertos, con 2662 casos.

Hubo 653 informes VAERS que relacionan las “vacunas” antiCovid-19 con la trombocitopenia. Esto debe compararse con los 774 casos notificados para todas las demás vacunas durante el período de 31 años desde 1990 hasta 2021.

La base de datos VAERS también incluye muchos términos relacionados con la disfunción hepática, y hubo alrededor de 2000 informes en VAERS para varios términos relacionados con el hígado vinculados a las vacunas Covid-19, como hepatomegalia (73 casos), esteatosis hepática (105 casos) aumento de enzimas hepáticas (338 casos), trastorno hepático (71 casos), daño hepático (44 casos), dolor hepático (91 casos) y hepatitis (62 casos).

Hubo 4650 casos con disfagia, 1697 casos de disfonía y 37 132 casos de disnea en reacción a las “vacunas” Covid. Como se muestra en el estudio de Mccullough y compañía, ***una causa probable es el daño del nervio vago debido a la inflamación inducida por la exposición a exosomas que contienen la proteína espiga y los microARN asociados***.

La tabla de la página 19 del estudio, muestra la cantidad de eventos en la base de datos VAERS desde 1990 hasta el 12 de diciembre de 2021, donde ocurrieron varios términos que indican cáncer en asociación con la “vacuna” contra la Covid-19 o con todas las demás vacunas disponibles, junto con la proporción entre las dos.

Hubo ***tres veces más informes de cáncer de mama después de una “vacuna” Covid-19, y más de seis veces la cantidad de informes de linfoma de células B. Todos menos uno de los casos de linfoma folicular se asociaron con las “vacunas” Covid-19***. ***El carcinoma de páncreas fue más de tres veces mayor***.

Se desconoce el número total de personas que recibieron una “vacuna” que no es antiCovid-19, pero a lo largo de los 31 años de historia de informes que VAERS contiene, sin duda, es muchos órdenes de magnitud mayor que el número que recibió una “vacuna” de ARNm en el último año.

En general, en la tabla, ***el doble de informes de cáncer a VAERS están relacionados con una “vacuna” contra la Covid-19 en comparación con los relacionados con todas las demás vacunas***. Eso, en las opiniones de los autores del estudio, ***constituye una señal de urgente necesidad de investigación***.

Concluyen su estudio llamando la atención sobre tres aspectos muy importantes del perfil de seguridad de las “vacunas” contra la Covid-19.

1)*La subversión ampliamente documentada de la inmunidad innata, que afirman es y seguirá teniendo una amplia gama de consecuencias, incluida la capacidad reducida para combatir eficazmente futuras infecciones*.

2)*<u>La escasa capacidad de la "vacuna" dañó el sistema inmunitario para detectar y prevenir "la transformación maligna impulsada genéticamente dentro de las células y la consiguiente posibilidad de que la "vacuna" promueva esas transformaciones</u>"*.

3)*<u>La interrupción causada por el ARNm "vacunado" en la comunicación intracelular llevada a cabo por los exosomas, y las consecuencias inflamatorias potencialmente graves de la "vacunación" con ARNm que inducen a las células a captar ARNm de Spike y producir altos niveles de exosomas portadores de Spike</u>*.

"Si cualquiera de estos potenciales se realizara por completo, el impacto en miles de millones de personas en todo el mundo podría ser enorme y podría contribuir a la carga de enfermedades a corto y largo plazo que enfrenta nuestro sistema de atención médica".

"Al final, no exageramos al decir que miles de millones de vidas están en juego. Hacemos un llamado a las instituciones de salud pública para que demuestren con evidencia por qué los temas discutidos en este trabajo no son relevantes para la salud pública, o reconozcan que lo son y actúen en consecuencia. Hasta que nuestras instituciones de salud pública hagan lo correcto en este sentido, alentamos a todas las personas a tomar sus propias decisiones de atención médica con esta información como un factor que contribuye a esas decisiones".

Modificación del ADN de la persona inoculada

Es una de las consecuencias más directas y graves de los sueros experimentales. Sabemos que los retrovirus <u>introducen</u> su material genético permanentemente en nuestro ADN. De hecho, el 8% de nuestro código genético es de origen viral, conocido como "genes retrovirales". Sin embargo, cientos de miles de mutaciones aleatorias similares, podrían haber sido dañinas para las personas afectadas y probablemente haber <u>provocado</u> una enfermedad grave o la muerte.

Las empresas comerciales que fabrican "vacunas" de ARNm, los funcionarios de salud del gobierno y varias universidades, aseguran <u>firmemente</u> que dicho material genético no puede introducirse en nuestro genoma. Se <u>basan</u> en el concepto de unidireccionalidad del flujo de información genética celular para afirmar que no hay posibilidad de mutagénesis de nuestro ADN mediante la inserción de ARNm, ya que es literalmente <u>imposible</u> que entre en el núcleo celular.

Los únicos argumentos "<u>probatorios</u>" para esta afirmación son:

1.- Imposibilidad de la unión física al ADN: el ARNm no puede pasar del citoplasma al núcleo debido al efecto <u>barrera</u> que la membrana nuclear supone y debido a que el ARNm es degradado naturalmente después de la traducción en proteínas en el citosol.

2.- Ausencia de transcriptasa inversa (RT): afirman que, incluso si lograra ingresar al núcleo, no podría convertirse en ADN y entrar en nuestro genoma ya que no hay RT que permita tal conversión.

Hasta ahora, ***las "vacunas" de ARNm*** nunca ***se habían utilizado clínicamente, por lo que estas afirmaciones, no han sido probadas de manera confiable a nivel clínico***. El primero de estos argumentos que rechazan cualquier riesgo de mutagénesis, se basa en la idea simplista de que el ADN del núcleo es transcrito en ARNm que atraviesa la membrana nuclear y cuando llega al citoplasma se traduce en proteínas leyéndolo en los ribosomas. Está ***perfectamente*** probado ***que el proceso ADN-ARNm-Proteínas no es un proceso exclusivamente unidireccional y que la dirección opuesta, es perfectamente posible. Hay 4 situaciones en las que esto puede suceder: las dos primeras en células en división celular y las dos siguientes en células en interfase***.

Mecanismos de integración en el ADN nuclear:

1) Integración del ADN. A pesar de ser un riesgo no estudiado para los receptores de la "vacuna", la literatura científica claramente demuestra la alta probabilidad de que estos contaminantes, presenten peligros de mutagénesis autoinmune y/o inserción genómica. Estos riesgos siempre se han subestimado. En un ensayo inicial de terapia génica, expertos de la División de Terapia Génica de la FDA estimaron que el riesgo de que se produzcan mutaciones o cáncer por fragmentos de ADN humano o retroviral, es de 1 en un billón. Trágicamente, cuando se administraron fragmentos de ADN retrovírico y humano a niños con enfermedad SC1D en un ensayo de terapia génica, 4 de 9 (44%) de los niños desarrollaron leucemia.

2) Integración del ARN. El uso por parte de los virus de sus propios RT para el intercambio de ARN por ADN, se conoce desde hace décadas. Entre los más estudiados, están los virus de la inmunodeficiencia humana. RT, también conocida como ADN polimerasa dependiente de ARN, es una enzima presente en retrovirus que atraviesa la cadena de ARNm y sintetiza una cadena de ADN complementaria (ADNc) a partir de la plantilla de ARNm. Además, RT participa en la formación de una doble hélice de ADN de una sola cadena de ADNc.

   Se ha identificado actividad de RT endógena específica en espermatozoides, que puede revertir la transcripción de ARN exógeno directamente y generar copias de ADNc. Estas copias se pueden transferir como estructuras extracromosómicas y pasadas a la descendencia de una manera no mendeliana.

   El uso de ARNm en una vacuna puede inducir ***alteraciones genéticas que puede transmitirse a la descendencia a través del esperma afectado, pero su uso especialmente en mujeres embarazadas***

podría producir ***una mutagénesis del células en crecimiento del feto, alterando la diferenciación inherente a la formación de órganos en desarrollo***.

Una parte esencial de la retórica oficial, es que por las razones anteriormente citadas, el ARNm nunca puede modificar el ADN, sin embargo, como se demuestra, esa afirmación también es incorrecta:

Las "vacunas" de ARNm Covid, se transmiten al ADN humano y crean ***extraños códigos genéticos de ADN en las células humanas, incluido el código de un gen tumoral p130, así como un código de ADN permanente para producir la proteína Spike***. Si bien esto es contrario a las promesas de cómo las "vacunas Covid producen proteína de pico inofensiva que desaparece en 2-3 días", cada vez más experimentos científicos confirman que ***las "vacunas" de ARNm Covid tienen efectos genéticos permanentes perturbadores y de gran alcance***.

Un estudio afirma que ***el ARN del preparado de Pfizer contra Covid-19 se puede retrotranscribir en ADN***. ***El ARNm en las inyecciones de Pfizer/BioNTech Covid se*** infiltra ***en las células y transcribe su mensaje en el ADN humano en 6 horas,*** alterando ***nuestro propio ADN***.

Un estudio anterior publicado en octubre de 2021 descubrió que ***la proteína Spike ingresa en los núcleos de nuestras células y afecta el mecanismo que tienen nuestras células para reparar el ADN dañado***. The Highwire hizo un vídeo fácil de entender que lo explica, incluidos los gráficos, por lo que es un buen punto de partida para ayudar a comprender la importancia del último estudio de Suecia.

Otro estudio realizado en mayo de 2021 por científicos del MIT mostró que ***el ARN del SARS-CoV-2 puede transcribirse de forma inversa e integrarse en el genoma de las células humanas y expresarse como transcripciones quiméricas***. Aunque nadie pareció preguntar en ese momento, los hallazgos de este estudio dan lugar a la pregunta de si esta misma transcripción inversa también puede ocurrir con el ARN en las inyecciones antiCovid. ABC 10 News informó sobre el estudio del MIT poco después de su publicación.

Ahora, científicos suecos descubren que ***el ARN de Pfizer puede*** transformarse ***en ADN en células humanas de hígado***, al menos in vitro, a través de la retrotranscriptasa endógena LINE-1, cuya producción es también estimulada por el mismo producto:

"Nuestro estudio muestra que ***la inyección de ARNm de Pfizer se puede transcribir de forma inversa a ADN y esto puede generar la preocupación de que el ADN derivado de la inyección pueda integrarse en el genoma del huésped y afectar la integridad del ADN genómico, lo que puede potencialmente mediar los efectos secundarios genotóxicos***".

Lo que el artículo muestra es que in vitro, utilizando una línea celular de hígado humano, la "vacuna" de ARNm de Pfizer utiliza ***una enzima transcriptasa inversa natural llamada LINE-1, y el código genético de la "vacuna" se transcribe de forma inversa en el ADN*** .

También explica que ***el ARNm de la "vacuna" en realidad viaja al hígado como uno de los sitios preferidos*** (además de otros que también menciono en este informe).

El artículo concluye: "Nuestro estudio es el primer estudio in vitro sobre el efecto de la 'vacuna' de ARNm antiCovid-19 BNT162b2 en la línea celular de hígado humano. Presentamos ***evidencia sobre la entrada rápida de BNT162b2 en las células y la subsiguiente transcripción inversa intracelular de ARNm de BNT162b2 en ADN***".

¿Qué significa? Normalmente, nuestras células hacen lo contrario: el núcleo celular, donde está el ADN, expresa cierto código de ADN basado en las condiciones de la célula y produce ARN mensajero humano natural. Ese ARN mensajero sale del núcleo, donde se expresa en las proteínas necesarias para la formación de células. Así es como los organismos en crecimiento expresan diferentes programas genéticos para hacer crecer células musculares o células cerebrales, etc.

Este proceso se llama "transcripción".

Durante muchos años, Central Dogma of Molecular Biology afirmó que la "transcripción inversa" (mover el código genético del ARN de regreso al núcleo celular y recodificar el ADN) era imposible. Eventualmente, ***los científicos se dieron cuenta de que es*** posible ***bajo varias condiciones***. Por ejemplo, el virus del ARN del VIH puede hacerlo y reprograma nuestro ADN para producir copias del mismo. El VIH es el virus que se argumenta que causa el SIDA.

Para efectuar la transcripción inversa, se necesitan enzimas llamadas "transcriptasas inversas". Una de ellas se llama LINE-1. Aparentemente, según el estudio, ***la "vacuna" de ARNm de Pfizer*** hace ***que las células produzcan esa enzima LINE-1***.

De particular interés es si ***esta transcripción inversa inducida por el ARNm*** afecta ***la "línea germinal", como los óvulos y los espermatozoides, y si también afecta al feto de las madres embarazadas***.

El gen MSH3 se conoce desde hace mucho tiempo por sus mutaciones que causan cáncer. Aquí está el artículo del NIH de 1996. ***La proteína de pico (Spike)*** hace ***lo mismo***.

Refiriéndose al estudio, el Dr. Peter McCullough tuiteó: "Alden et al, Universidad de Lund, Suecia, confirma uno de nuestros peores temores. ***El material genético exógeno [extracelular] que codifica la peligrosa proteína Spike***

se* transcribe *inversamente en el genoma humano; posible expresión constitutiva a largo plazo / síntesis de promoción de enfermedades / Spike letal".

Este documento llega inmediatamente después de otra gran revelación relacionada con estas inyecciones de ARNm. El Dr. Mikolaj Raszek ha destacado recientemente un problema potencial que es evidente en el propio "Informe de evaluación no clínica" de la Administración de productos terapéuticos de Australia (TGA) sobre la Comisión de Pfizer (BNT162b2). El Dr. Raszek ha discutido previamente cómo ***la proteína de pico puede circular en la sangre de los inyectados durante meses***, lo que, considerando el artículo reciente de Aldén et al, ***puede explicarse por la* integración *de la secuencia genética en el ADN del huésped***. En efecto, ***el pinchazo puede* producir *la proteína de punta indefinidamente o al menos tener el potencial para hacerlo***. Su última revelación con respecto al informe de la TGA añade más peso a su teoría de que ***las propias proteínas del pico están* entrando *en el núcleo de la célula y una vez dentro "podría ser un mutágeno porque impide la fijación de nuestro ADN"***.

Estos estudios de laboratorio* demuestran *que la "vacuna" de ARNm sí se integra en el ADN celular humano. Esto significa que ***la inyección de la "vacuna" Pfizer, incluso una dosis,* cambia *permanentemente el ADN de las células afectadas***.

El estudio de los efectos adversos de este preparado sólo contempla el corto plazo, ***no se ha evaluado la genotoxicidad o la carcinogenicidad del producto***: la investigación de esto debería ser una prioridad para la salud pública, especialmente en los países con altas tasas de "vacunación".

Estudio de las bases de datos

Si analizamos los datos oficiales recogidos en las diferentes bases de datos, comprobamos la cruda realidad; la administración del suero, ha causado una cantidad ingente de *muertes y eventos adversos*:

Oficialmente entre: Estados Unidos, Europa, Reino Unido, Australia y Canadá, tenemos 4 326 356 eventos adversos y 42 553 fallecidos.

Si analizamos los eventos adversos para los menores de 18 años, entre: España, Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Canadá, tenemos 64 653 eventos adversos.

Estados Unidos

En Estados Unidos, hasta el 24 de junio de 2022, **tenemos 1 314 594 eventos adversos reportados (241 226 graves) y 29 162 muertes.** Los datos totales del VAERS para todos los grupos de edad combinados, muestran:

- 165 213 hospitalizaciones.

- 131 013 casos que requirieron cuidados urgentes.
- 196 758 visitas al médico.
- 208 022 casos de anafilaxia.
- 3616 casos de parálisis de Bell.
- 892 casos de Síndrome de Guillain-Barré.
- 4247 casos de pericarditis y miocarditis.
- 54 559 casos de discapacidad permanente.
- 14 148 casos de trastornos de la coagulación.
- 4771 abortos espontáneos.
- 12 688 casos en los que peligró la vida del paciente.

Hay que destacar que de las muertes reportadas en VAERS, el 67% de ellas, ocurren dentro de los 21 días siguientes a la "vacunación". Según el Dr. McCullough, dos informes detallan datos de muertes por la "vacuna" antiCovid, los cuales demuestran que **el 50 % de las muertes ocurren dentro de las primeras 24 horas y el 80 % ocurren dentro de la primera semana**. Excluyendo los "informes extranjeros" presentados en VAERS, hasta el 24 de junio de 2022, se informaron 718 759 eventos adversos, incluidas 13 463 muertes y 84 965 lesiones graves**. De las 10 316 muertes reportadas, 993 ocurrieron dentro de las 24 horas posteriores a la "vacunación", 1447 ocurrieron dentro de las 48 horas posteriores a la "vacunación" y 2627 ocurrieron en personas que experimentaron un inicio de los síntomas dentro de las 48 horas posteriores a la "vacunación"**.

Hagamos un repaso para ver la evolución:

En un informe que incluye datos de Estados Unidos y del extranjero, las muertes por vacuna se actualizaban hasta finales de septiembre de 2021. La cantidad de eventos potencialmente mortales causados por las "vacunas" Covid ya había pasado los mismos datos para todas las demás vacunas desde 1990. El número de hospitalizaciones por las "vacunas" Covid casi había alcanzado los mismos datos reportados para todas las vacunas desde 1990.

El número de muertes por los pinchazos de los sueros experimentales, ya había superado a los causados por todas las demás vacunas desde 1990. Ya era de casi el doble. Se registraban 15 937 personas que murieron a causa de la "vacuna" Covid, donde casi la mitad de ese número (9141) habían muerto por todas las demás vacunas combinadas, nuevamente desde 1990. Si eso no es suficiente daño, el número de discapacidades permanentes causadas directamente por el de los pinchazos con sueros ya había superado las discapacidades permanentes causadas por todas las demás vacunas durante los últimos 20 años.

Más del 50% de todas las reacciones adversas a las "vacunas" informadas durante los ultimos 30 años o más se habían producido en menos de un año después de las inyecciones antiCovid-19.

Otro de los volcados de datos en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) del gobierno de los EE. UU. Ocurrió el 29/11/21 y cubría datos hasta el 19/11/21. A partir de esta actualización, había un total de 1 765 262 casos de eventos adversos después de todas las vacunas durante los últimos 30 años o más, incluidas las inyecciones experimentales antiCovid-19. De esos 1 765 262 casos de eventos adversos después de todas las vacunas durante los últimos 30 años o más, se habían reportado 913 268 de ellos, un 52% durante los últimos 11 meses después de las inyecciones de Covid-19.

Durante los últimos 30 años o más, se habían registrado 28 379 muertes en VAERS después de todas las vacunas, incluidas las inyecciones Covid-19 EUA. **El 68% de esas muertes, 19 249, siguieron a las inyecciones contra antiCovid-19 en los primeros 11 meses**.

Durante los últimos 30 años o más, se habían registrado 35 524 eventos potencialmente mortales registrados en VAERS después de todas las vacunas, incluidas las inyecciones Covid-19 EUA. **El 61% de esos eventos potencialmente mortales, 21 582, siguieron a las inyecciones antiCovid-19 en los últimos 11 meses**.

Durante los últimos 30 años o más, se habían registrado 51 231 discapacidades permanentes en VAERS después de todas las vacunas, incluidas las inyecciones Covid-19 EUA. **El 60% de esas discapacidades permanentes, 30 967, siguieron a las inyecciones antiCovid-19 en los últimos 11 meses**.

Durante los últimos 30 años, se habían registrado 178 383 hospitalizaciones en VAERS después de todas las vacunas, incluidas las inyecciones Covid-19 EUA. **El 55% de esas hospitalizaciones, 97 561, siguieron a las inyecciones antiCovid-19 en los últimos 11 meses**.

Durante los últimos 30 años, se habían registrado 507 064 visitas a emergencias en VAERS luego de todas las vacunas, incluidas las inyecciones Covid-19 EUA. **El 20% de esas visitas a la sala de urgencias, 101 373, siguieron a las inyecciones antiCovid-19 en los últimos 11 meses.**

Un poco después, la actualización del 21 de enero de 2022 de VAERS, cuando se cumplía un año de la existencia de los sueros experimentales, nos dice que había 1 071 856 informes de muertes y lesiones después de las "vacunas" Covid-19. Por el contrario, antes de diciembre de 2020, cuando se emitió la autorización de uso de emergencia (EUA) de las "vacunas" Covid-19, hubo un total de 915 813 informes de muertes y lesiones después de todas las vacunas aprobadas por la FDA durante los 31 años anteriores.

- 29 542 muertes y lesiones por año después de todas las vacunas aprobadas por la FDA.

- 989 405 muertes y lesiones por año después de las "vacunas" EUA Covid-19.

Por lo tanto, ***tras el primer año completo de inyectar a la población inyecciones experimentales antiCovid-19*** que recibieron las autorizaciones de uso de emergencia, ***las muertes y lesiones aumentaron un 3250% en comparación con las muertes y lesiones reportadas después de todas las vacunas aprobadas por la FDA durante los 31 años anteriores***.

De igual forma, VAERS muestra que hasta el 18 de marzo de 2022, ***hubo aumentos sin precedentes en las muertes y lesiones registradas después de las "vacunas" Covid-19 durante los últimos 15 meses desde que se emitieron autorizaciones de uso de emergencia (EUA), en*** comparación ***con las muertes y lesiones registradas que se informaron después de todas las vacunas aprobadas por la FDA durante los 30 años anteriores***.

Esos aumentos son los siguientes:

- ***68 000% de aumento en accidentes cerebrovasculares***

- ***44 000% de aumento en enfermedades del corazón***

- ***6800% de aumento en las muertes***

- ***Aumento del 5700% en incapacidades permanentes***

- ***5000% de aumento en lesiones que amenazan la vida***

- ***4400% de incremento en hospitalizaciones***

Además, se descubrieron pruebas adicionales contra la seguridad de las inyecciones durante una audiencia sobre la "vacuna" Covid-19 realizada por el senador republicano de los EE. UU. Ron Johnson de Wisconsin, donde el abogado Thomas Renz presentó ***datos de facturación médica de la Base de datos de epidemiología médica de defensa (DMED) del Pentágono*** que muestran que ***en 2021 se produjeron aumentos drásticos en una variedad de diagnósticos de problemas médicos graves con respecto al promedio de los cinco años anteriores, incluida la hipertensión (2181%), los trastornos neurológicos (1048%), la esclerosis múltiple (680%), el síndrome de Guillain-Barré (551%), cáncer de mama (487%), infertilidad femenina (472%), embolia pulmonar (468%), migrañas (452 %), disfunción ovárica (437%), cáncer testicular (369%) y taquicardia (302%)***.

Por otro lado, según las estadísticas, en 2021, el 18.1% de la población de los Estados Unidos, estaba cubierta por Medicare, el programa nacional de seguro de salud en ese país. Los datos filtrados revelaron que más de 48 000 de los

cubiertos por Medicare habían muerto dentro de los 14 días posteriores a ser inoculados con el suero en aquel año.

Los datos también muestran que 2883 habían sufrido un infarto de miocardio (ataque cardíaco), 1316 habían sufrido parálisis, 2135 habían sufrido un accidente cerebrovascular y 2353 habían sufrido trombocitopenia (plaquetas bajas que pueden causar sangrado espontáneo de los ojos), ***todo dentro de los 28 días posteriores "vacunación"***.

Casi el 60% ***de las hospitalizaciones por Covid-19 ocurrieron en los "completamente vacunados"***, según los datos de Medicare.

Una presentación en septiembre del 21 para el Proyecto Salus, un programa Covid basado en inteligencia artificial del Departamento de Defensa (DOD), informó los hallazgos de entre una muestra de 5.6 millones de beneficiarios de Medicare, el 80% de los cuales tenían más de 65 años.

"A medida que la variante Delta se volvió predominante, los casos de Covid-19 ***aumentaron cinco veces en la población mayor de 65 años***", afirma el informe. "***En esta población de 65 años (80%), se estima que el 60% de las hospitalizaciones Covid-19 se produjo en los individuos totalmente "vacunados". Los "completamente vacunados" también representaron más del 71% de los casos de Covid-19 al 21 de agosto***, según la presentación, no obstante, ***los casos de Covid y las hospitalizaciones entre los "vacunados" probablemente fueron mucho más altos, ya que el informe del Proyecto Salus no incluyó a los pacientes con una sola inyección como "vacunados" y solo definió a los de doble inyección como "completamente vacunados" dos semanas después de su segunda dosis***.

"Incluso con este número tan alto, el 60%, ***el número real es absolutamente más alto debido a los métodos sesgados de cómo el gobierno determina quién está 'vacunado'***. No incluyen a los que recibieron 1 dosis, solo a los que recibieron 2 dosis y ha pasado una ventana de 14 días, y ahora Biden dice que los refuerzos de más 2 inyecciones lo pondrán en la lista de 'completamente vacunados'", dijo el abogado médico de Nueva York Thomas Renz, quien descubrió los documentos del Departamento de Defensa.

Los hallazgos del Proyecto Salus reflejan fallos bien documentados de la "vacuna" Covid en otros países, incluidos Israel y el Reino Unido, donde ***la mayoría de las muertes por Covid-19 atribuidas a la variante Delta se reportaron en personas "completamente vacunadas"***.

Los datos también pueden respaldar los temores de varios expertos de que ***las "vacunas" podrían conducir a una mejora dependiente de anticuerpos, lo que ocurre cuando la vacunación en realidad exacerba las complicaciones de la enfermedad en lugar de prevenirlas***.

Si bien las "vacunas" Covid fallan cada vez más en detener la propagación del virus o de enfermedades graves, la inmunidad natural de

una infección previa por Covid "ofrece un efecto protector importante contra la hospitalización", reconoció el informe del Proyecto Salus.

Algunos de los hallazgos clave del análisis del Proyecto incluyen:

- ***Se confirma que la eficacia de las vacunas de ARNm disminuye con el tiempo. Una diapositiva del análisis revela que las llamadas infecciones de "avance" (fallos de vacunas) aumentan con el tiempo, mostrando casi el doble de las infecciones de avance entre los "vacunados" 5-6 meses antes en comparación con los "vacunados" 3-4 meses atrás***

- ***Con cada semana que pasa, los "vacunados" con "vacunas" de ARNm muestran un mayor riesgo de fallo de la vacuna / infecciones por Covid que requieren hospitalización. Del análisis: "La razón de probabilidades aumenta a 2.5 a los 6 meses después de la vacunación"***

- ***La inmunidad natural funciona: una infección por Covid previa reduce en gran medida las probabilidades de que una persona "vacunada" necesite hospitalización por una infección posterior***

Ahondando en lo anterior, el accidente cerebrovascular es una enfermedad que afecta las arterias que van hacia y dentro del cerebro. Es la quinta causa de muerte y una de las principales causas de discapacidad en los Estados Unidos. Pero parece que la enfermedad puede estar en aumento gracias a las inyecciones experimentales antiCovid-19, porque una investigación de los datos de VAERS ha revelado que, ***por número de dosis administradas, es 115 veces más probable que se sufra un 'ictus' como un reacción adversa a las "vacunas" antiCovid-19 que a las vacunas contra la gripe***.

Una búsqueda rápida en la base de datos VAERS de los CDC sobre la cantidad de accidentes cerebrovasculares informados como reacciones adversas a las inyecciones antiCovid-19 desde que se implementaron por primera vez en los Estados Unidos y que implican un accidente cerebrovascular, se realizaron en sólo 1 año y 2 meses y reveló un total de 4775 reportes. Al realizar una búsqueda similar en la base de datos VAERS sobre la cantidad de accidentes cerebrovasculares sufridos como reacción adversa a las vacunas contra la influenza, se revela que entre 2008 y 2020 hubo un total de solo 122 informes de eventos adversos relacionados con accidentes cerebrovasculares en un período de 13 años.

En total, entre la temporada de gripe 08/09 y la temporada de gripe 19/20 hubo un total de 1 720 400 000 (1.7204 mil millones) de dosis de vacuna contra la gripe administradas en los EE. UU.

Mientras que desde el inicio de la campaña de "vacunación" contra la Covid-19 hasta el 11 de febrero del 22 hubo un total de 557 637 223 (557.6 millones) de dosis de la "vacuna" contra la Covid-19 administradas en EE. UU.

Por lo tanto, se habían administrado más del triple de vacunas contra la gripe en los Estados Unidos durante 13 años que las inyecciones de Covid-19 administradas en los Estados Unidos desde finales de 2020.

El gráfico muestra la cantidad de informes de eventos adversos realizados a VAERS contra las "vacunas" antiCovid-19 que provocaron que una persona sufriera un tipo de accidente cerebrovascular hasta el 11 de febrero de 22 en los EE. UU., y la cantidad de informes de eventos adversos realizados a VAERS contra la vacunas contra la gripe que provocaron que una persona sufriera un tipo de accidente cerebrovascular entre 2008 y 2020 en EE. UU.

Solo ***los números brutos*** muestran ***que en el espacio de 14 meses hubo 37 veces más informes de eventos adversos de las "vacunas" contra la covid-19 que resultaron en un accidente cerebrovascular que contra las vacunas contra la gripe en 13 años***.

Pero cuando realmente calculamos la tasa de accidentes cerebrovasculares sufridos por la cantidad de dosis administradas, encontramos que las "vacunas" contra la Covid-19 han demostrado ser aún más dañinas de lo que parecen.

El gráfico muestra el número de dosis de vacuna administradas por ictus sufrido como reacción adversa en EE. UU. tanto para las vacunas contra la gripe como para las "vacunas" contra la Covid-19.

Entre 2008 y 2020, la tasa de informes de eventos adversos a la vacuna contra la gripe que resultaron en un accidente cerebrovascular equivale a ***1 accidente cerebrovascular por cada 14 101 639 dosis administradas***.

Pero la tasa de informes de eventos adversos a las "vacunas" antiCovid-19 que resultaron en un accidente cerebrovascular equivale a ***1 accidente cerebrovascular por cada 121 340 dosis administradas***.

Esto significa que ***las inyecciones antiCovid-19 tienen 115 veces / 11 361% más probabilidades de causar un derrame cerebral que las vacunas contra la gripe***.

Por otro lado, un estudio de datos oficiales del gobierno de los Estados Unidos que compara la cantidad de dosis administradas con la cantidad de eventos adversos informados oficialmente descubrió que ***las inyecciones antiCovid-19 son al menos 49x / 4800% más mortales que las vacunas contra la influenza***.

En comparación con las vacunas contra la influenza, los datos oficiales del gobierno de Estados Unidos muestran que, por número de dosis administradas, las inyecciones antiCovid-19 tienen al menos:

- ***17 veces más probabilidades de causar una reacción adversa***
- ***65 veces más probable que una persona requiera atención de emergencia***

- ***23 veces más probabilidades de hospitalizar a una persona***
- ***57.5 veces más probabilidades de causar defectos de nacimiento***
- ***19 veces más probabilidades de causar una incapacidad permanente***
- ***18 veces más probable que una persona sufra un evento que ponga en peligro su vida***
- ***49 veces más probabilidades de causar la muerte***

Un estudio de los datos encontrados en el sistema de informes de eventos adversos de vacunas de Estados Unidos ha revelado que, por cantidad de dosis administradas, ***las inyecciones antiCovid-19 tienen al menos 16 veces / 1517% más probabilidades de causar un aborto espontáneo en una mujer embarazada que la vacuna contra la gripe***.

Estos números por sí solos demuestran ***una señal de seguridad extremadamente preocupante cuando se trata de administrar la inyección antiCovid-19 durante el embarazo***; en realidad es muy probable que los números sean mucho peores. Especialmente cuando consideramos que la vacuna contra la gripe tiene décadas de datos a largo plazo para respaldar su uso durante el embarazo, pero las inyecciones contra Covid-19 no.

Por lo tanto, es de esperar que la mayoría de las mujeres embarazadas hubieran aceptado la oferta de una vacuna contra la influenza a lo largo de los años, mientras que también sería de esperar que muchas mujeres embarazadas dudaran en participar en un estudio del mundo real para probar la seguridad de administrar una inyección experimental antiCovid-19 durante el embarazo.

De igual forma, otro estudio de datos de VAERS ha revelado que por número de dosis administradas, el número de accidentes cerebrovasculares sufridos por cada 100 000 dosis de "vacuna" Covid-19 administradas equivale a 0.81 accidentes cerebrovasculares sufridos por cada 100 000 dosis. ***El 'ictus' tiene 115x / 11 361% más de probabilidades de*** sufrirlo ***como un reacción adversa a las "vacunas" Covid-19 que las vacunas contra la gripe***. Eso quiere decir que las inyecciones antiCovid-19 tienen 115 veces / 11 361% más probabilidades de causar un derrame cerebral que las vacunas contra la gripe.

Por otro lado, un estudio publicado el 3 de febrero de 2022 en la revista médica Frontiers in Public Health tuvo como objetivo comparar los riesgos de efectos adversos entre las "vacunas" Covid y las vacunas contra la influenza. El estudio cubre el período de diciembre de 2020 a octubre de 2021 y se basa en datos oficiales de farmacovigilancia de la Unión Europea (EudraVigilance) y el sistema estadounidense de vigilancia de efectos adversos graves (VAERS) y solo involucró a personas mayores de 18. Por lo tanto, no se tuvieron en cuenta los eventos adversos relacionados con los niños.

Esta comparación entre "vacunas" antiCovid y vacunas antigripales está justificada y a priori imparcial ya que:

1) Se conoce la cantidad de personas expuestas a las "vacunas" contra la Covid y la distribución por edades, y se puede usar como denominador para calcular estimaciones de riesgo imparciales que ocurren después de la inyección de "vacunas" contra la Covid.

2) Los datos de reacciones adversas de las vacunas contra la influenza brindan un grupo de control ideal para la "vacunación" contra la Covid-19, ya que nunca antes se habían usado vacunas de ARNm o adenovirus para la vacunación profiláctica en la población general.

3) Los virus de la influenza estacional comparten similitudes sustanciales con los coronavirus en términos de sintomatología, infectividad, patogenicidad, letalidad y transmisión: por lo tanto, las vacunas contra la influenza constituyen un grupo de control ideal.

4) Una gran parte de la población adulta de la UE y Estados Unidos se vacuna contra la gripe cada temporada. De hecho, en este estudio había 451 millones de personas inyectadas con una "vacuna" antiCovid y 437 millones con una vacuna antigripal.

Durante el periodo de estudio se recogieron:

– 3 351 010 eventos adversos relacionados con 534 332 personas para el sistema de farmacovigilancia estadounidense

– 417 337 eventos adversos relacionados con 1 096 569 personas para el sistema europeo de farmacovigilancia.

Los principales resultados de este estudio son:

– ***Un mayor riesgo de informar reacciones adversas graves con respecto a las "vacunas" Covid-19 en comparación con las vacunas contra la influenza***.

– **Los riesgos relativos de las "vacunas" antiCovid son muy superiores a los de las vacunas antigripales, en particular para los riesgos de reacciones alérgicas, arritmias, eventos cardiovasculares generales, coagulación, hemorragia, reacciones constitucionales, gastrointestinales y oculares, genitales y, en particular, trombosis**.

– ***Algunas reacciones graves como la trombosis cerebral y la trombosis venosa cerebral (sinusal) se han notificado con mucha más frecuencia después de la "vacunación" antiCovid-19 (tanto para las "vacunas" de ARNm como de adenovirus) que con las vacunas contra la influenza en adultos***. Por ejemplo, mientras que hasta ahora se han notificado 1229 y 157 casos de trombosis del seno venoso cerebral después de la "vacunación" contra el Covid-19, no se han notificado casos de vacunas contra la influenza en EudraVigilance y VAERS, respectivamente.

– ***Las personas de 65 años o más se han asociado con una mayor frecuencia de muerte, hospitalización y reacciones que amenazan la vida que las personas más jóvenes***.

– ***Las reacciones adversas graves aparecieron abrumadoramente en los primeros 7 días después de la "vacunación" (>77%). Este tiempo muy corto después de la inyección argumenta a favor de un vínculo causal con la "vacunación"***.

Si profundizamos un poco más:

A continuación se muestra una lista no exhaustiva de eventos adversos mucho más frecuentes con las "vacunas" contra la Covid en comparación con las vacunas contra la gripe:

- 530 veces mayor riesgo de trombosis venosa profunda
- 239 veces mayor riesgo de embolia pulmonar
- 195 veces más riesgo de infarto
- 118 veces más riesgo de visión borrosa
- 112 veces mayor riesgo de taquicardia
- 111 veces más riesgo de malestar
- 110 veces más riesgo de miocarditis
- 107 veces más riesgo de palpitaciones
- 92 veces mayor riesgo de petequias
- 88 veces más riesgo de temblores
- 87 veces más riesgo de epilepsia
- 83 veces más riesgo de arritmia e hipertensión
- 68 veces más riesgo de síncope
- Riesgo 60 veces mayor de trombocitopenia autoinmune, parálisis facial y mareos
- 49 veces más riesgo de afasia y hemiparesia
- 15 veces más riesgo de ataxia
- 11 veces más probabilidades de sufrir un derrame cerebral
- 4 veces más riesgo de pericarditis

En base a estos resultados, ***las "vacunas" antiCovid basadas en tecnologías de ARNm o adenovirus*** presentan ***un riesgo mucho mayor de eventos adversos, algunos de los cuales pueden ser muy graves y tener repercusiones de por vida (ictus, infarto) que las vacunas convencionales contra la influenza***. Parece necesario evaluar con gran detalle el balance beneficio-riesgo para los diferentes grupos de edad y comorbilidad. ***Las "vacunas" contra la Covid solo deben ofrecerse (y no imponerse) a grupos de personas cuyo balance beneficio/riesgo sea en gran medida favorable después de estos estudios en profundidad***.

Por otro lado, un examen del Sistema de Informe de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS) de la FDA y los CDC a principios de 2022, ya confirmó que las muertes y lesiones debido a problemas neurológicos después de las inyecciones antiCovid-19 se habían disparado, en comparación con los mismos eventos adversos informados después de todas las vacunas aprobadas por la FDA durante los 30 años anteriores.

Para determinar la cantidad de lesiones neurológicas y muertes que ocurren después de las "vacunas" contra la Covid-19 y luego compararlas con los datos históricos de los 30 años anteriores después de todas las demás vacunas aprobadas por la FDA, debemos realizar varias búsquedas en VAERS.

Se comenzó buscando todos los síntomas en VAERS que contenían "neuro" después de las inyecciones de Covid-19. A modo de comparación, durante los más de 30 años anteriores a partir de 1990 cuando se estableció VAERS, utilizando exactamente la misma búsqueda para cada síntoma que contenga "neuro".

Se encontró ***un aumento del 2867% de lesiones neurológicas después de las "vacunas" Covid-19 en comparación con todas las demás vacunas aprobadas por la FDA***.

La parálisis de Bell, parálisis facial, es una que se ha informado con frecuencia después de las "vacunas" antiCovid-19 y se considera una lesión "neurológica". Así que buscamos en VAERS todos los casos de cualquier tipo de "parálisis" después de las "vacunas" antiCovid-19. A modo de comparación, durante los más de 30 años anteriores a partir de 1990, cuando se estableció VAERS, utilizando exactamente la misma búsqueda para cada síntoma que contenga "parálisis".

Se encontró ***un aumento del 3368% en los casos de parálisis después de las "vacunas" contra la Covid-19 en comparación con todas las demás vacunas aprobadas por la FDA***.

Otra lesión neurológica que se ha informado después de las inyecciones antiCovid-19 es la esclerosis múltiple (EM). Así que buscamos en VAERS todos los casos de cualquier tipo de "esclerosis" después de las "vacunas" contra la Covid-19. A modo de comparación, durante los más de 30 años anteriores a partir de 1990, cuando se estableció VAERS, utilizando exactamente la misma búsqueda para cada síntoma que contiene "esclerosis".

Se encontró ***un aumento del 2480% en los casos de esclerosis después de las "vacunas" contra la Covid-19***.

De igual forma, los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) prueban que hubo ***un aumento en las muertes entre los millennials (personas entre 25 y 40 años) en los Estados Unidos después de que se implementaron los mandatos de la "vacuna" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19)***.

Según los datos, la generación millennial en EE. UU. Sufrió más de 61 000 muertes en exceso solo durante la segunda mitad de 2021, experimentaron ***un aumento del 84 % en el exceso de mortalidad en el otoño de 2021***. Fue 7 veces mayor que el exceso de muertes entre la Generación Silenciosa, nacida entre 1928 y 1945, con los miembros más jóvenes de esa generación con 76 años.

En relación a todo lo expuesto anteriormente:

Todas las personas que conozco informaron más muertes después de la "vacunación" que el número de muertes justo antes de que fueran "vacunadas". Eso es imposible si las "vacunas" son seguras, escribió Steve Kirsch.

"Si las vacunas son perfectamente seguras:

Las tasas de mortalidad inmediatamente antes de cualquier dosis deben ser exactamente las mismas que las tasas de mortalidad inmediatamente después de la dosis.

La tasa de mortalidad no debe depender de la dosis. Debe ser 1:1 en cada dosis individual (para la tasa de mortalidad antes-después).

Se violan ambas "reglas". No por poco, por mucho; como un factor de aumento de 5X a 8X en ACM en el mes posterior a la inyección en comparación con el mes anterior a la inyección según 400 investigadores independientes".

Una simple encuesta a sus lectores proporcionó evidencia extremadamente convincente de que:

- ***El gobierno de Estados Unidos ha matado a más de 500 000 estadounidenses que antes gozaban de buena salud***
- ***La "vacuna" realmente causó las muertes***.

Le llevó alrededor de 30 minutos crear la encuesta y 11 horas esperar resultados estadísticamente significativos.

Utilizaron 400 observadores independientes y pudieron lograr algo en menos de 12 horas que el CDC no ha podido lograr en 18 meses: probar ***la causalidad***. ***Vemos tanto la dependencia de la dosis como los enormes cambios en las***

muertes por ACM antes y después de la "vacuna". Cumplen con los cinco criterios de Bradford-Hill aplicables a las "vacunas".

La encuesta comparó las tasas de mortalidad por todas las causas (ACM) justo ANTES de una dosis de "vacuna" con las tasas de mortalidad por ACM inmediatamente DESPUÉS de la dosis. ***Steve Kirsch* predijo *que serían dramáticamente más altos después de la dosis y que el efecto dependería de la dosis. Parece que tenía razón. De hecho, la encuesta proyecta*** muchas más ***muertes de las que creía posibles***.

El número de muertes* calculado *a partir de los informes podría llegar a 2 millones de estadounidenses, pero el número de 500 000 parece más creíble, por lo que está descontando el resultado por 4X para tener en cuenta los sesgos y los factores de confusión.

Estos resultados solo cuentan el aumento de la mortalidad por todas las causas durante el mes posterior a cada inyección. Sabemos que puede morir un año después por estas "vacunas".

Descubrieron que ***la dosis n.º 4 causó solo un aumento de 1,27X en comparación con 5.5X a 8.3X para las dosis 1 y 2 respectivamente y 2.3X para la dosis n.º 3. Si se* tratara *de una población muy sesgada, la dosis 4 habría causado una discrepancia mayor, pero se acerca a 1:1 como era de esperar***.

El aumento decreciente de ACM con inyecciones posteriores tiene sentido... ***La "vacuna"* elimina *a cualquier persona cuyo sistema inmunitario sea susceptible a ataques autoinmunes contra la proteína espiga***. ***Sería inmune* debido *tanto al sesgo de superviviente como al hecho de que tu sistema inmunitario ha reconocido la "vacuna" como un invasor y la elimina del sistema más rápido que con las inyecciones 1 y 2***. Por supuesto, esto no dice nada sobre su impacto en la efectividad contra el "virus", que probablemente sea bastante mínimo en este punto.

El mayor diferencial de ACM en la dosis 2 fue interesante. Esto puede ser algo así como ***un efecto de* acumulación *de veneno***. Básicamente, está duplicando la dosis durante un período de 4 semanas en lugar de darle tiempo a su cuerpo para que se recupere.

Tengamos en cuenta que este factor es simplemente la diferencia entre el ACM antes del pinchazo y después del pinchazo. No tenemos idea de si el ACM vuelve a la línea de base entre pinchazos o no. Es probable que caiga. No sabemos qué tan rápido. Por lo tanto, ***el impacto progresivamente decreciente en ACM* aumenta *debido al pinchazo***. Muy bien podría ser que su ACM sea 1.1X su línea base meses o años después de las inyecciones.

La estimación de 500 000 muertes en exceso está respaldada por las cifras reales de mortalidad de Estados Unidos (que tienen un recuento total de muertes en exceso de aproximadamente 1 millón de muertes desde enero de 2021).

Lea aquí el análisis relacionado de Joel Smalley: "Mortalidad en Estados Unidos antes y después de la 'vacuna'".

En relación a esto, los datos disponibles del Centro para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos, muestran que ***desde que se puso en marcha el programa de "vacunación" Covid-19 en ese país, las muertes debido a "hallazgos clínicos anormales no clasificados en otra parte'' han aumentado exponencialmente en comparación con los niveles de vacunación previos a la Covid-19***.

Al mismo tiempo que aumentaba el número de personas inoculadas, también aumentaba sospechosamente las muertes debido a hallazgos clínicos anormales no clasificados en otra parte. El gráfico se ha realizado con datos oficiales de los CDC que se pueden buscar aquí y muestra el número de muertes debido a 'síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales no clasificados en otra parte' por la semana en que ocurrieron.

La Organización Mundial de la Salud incluye en esta categoría las muertes que cumplen con lo siguiente:

- Casos para los que no se puede hacer un diagnóstico más específico incluso después de que se hayan investigado todos los hechos relacionados con el caso.
- Signos o síntomas existentes en el momento del encuentro inicial que resultaron ser transitorios y cuyas causas no se pudieron determinar.
- Diagnósticos provisionales en un paciente que no regresó para una mayor investigación o atención.
- Casos remitidos a otro lugar para investigación o tratamiento antes de que se hiciera el diagnóstico.
- Casos en los que no se dispuso de un diagnóstico más preciso por cualquier otro motivo.
- Ciertos síntomas, para los que se proporciona información complementaria, que representan por sí mismos problemas importantes en la atención médica.

Como puede ver en el gráfico anterior, el número de muertes debido a hallazgos clínicos anormales no clasificados en otra parte ha mantenido un promedio constante de poco más de 1000 por semana desde febrero de 2020, y también estaba en estos niveles antes de que la supuesta pandemia golpeara a los Estados Unidos.

Sin embargo, a finales de marzo, principios de abril de 2021, hubo un aumento repentino en el número de muertes anormales registradas por semana, subiendo repentinamente a 2000 por semana a mediados de abril, antes de aumentar a más de 7000 por semana a mediados de septiembre, lo que representa un

aumento del 600% en el promedio observado cada semana antes del inicio del lanzamiento de la "vacunación" Covid-19.

La correlación no siempre es igual a la causalidad, pero las similitudes en el siguiente gráfico son ciertamente muy sospechosas.

El gráfico muestra el número acumulado de dosis de "vacunas" Covid-19 administradas en los Estados Unidos por semana junto con el número de muertes debido a síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales no clasificados en otra parte registrados por semana.

Como puede ver, el aumento pronunciado significativo y luego la ligera disminución en el número de "vacunas" y el número de muertes por abortos son extremadamente similares, lo que sugiere que las inyecciones experimentales de Covid-19 son la causa de un aumento del 600% en las muertes anormales.

Sabemos que las muertes no se deben a Covid-19, ya que se clasificarían así si lo fueran, y un aumento en las muertes anormales no siguió a la introducción del presunto virus SARS-CoV-2 en los Estados Unidos. Lo único que tienen en común millones de personas desde que las muertes anormales comenzaron a aumentar en comparación con el promedio esperado, es que a millones de personas se les ha administrado una inyección experimental, para la cual no hay datos de seguridad a largo plazo para saber cuáles serán las consecuencias de eso.

Los datos oficiales de los CDC sugieren ***que las consecuencias de una implementación de "vacunación" experimental masiva son un aumento sorprendentemente pronunciado en el número de muertes debido a causas anormales no identificadas***.

Algo a destacar en relación a lo expuesto, es que la compañía de seguros OneAmerica informa de ***un aumento importante en las reclamaciones por muerte desde que se introdujeron las "vacunas" contra el coronavirus*** de Wuhan (Covid-19) bajo la Operación Warp Speed.

La compañía con sede en Indianápolis, que existe desde 1877, dice que ***la tasa de mortalidad ha aumentado un*** 40% ***en comparación con los niveles prepandémicos***. ***Y estas muertes están ocurriendo en personas en edad laboral, para ser claros, entre las edades de 18 y 64 años***.

"Estamos viendo, en este momento, ***las tasas de muerte más altas que hemos visto en la historia de este negocio***, no solo en OneAmerica", confirmó el director ejecutivo de la compañía, Scott Davison, sobre esta tendencia en toda la industria.

"Los datos son consistentes en todos los actores de ese negocio".

Después de leer el anuncio completo de OneAmerica, el Dr. Robert Malone concluyó que, como mínimo, la nación ahora tiene "tanto una enorme tragedia humana como un profundo fracaso de las políticas públicas" en sus manos.

"Si esto es cierto, entonces ***las 'vacunas' genéticas promovidas de manera tan agresiva han*** fracasado ***y la clara campaña federal para prevenir el tratamiento temprano con medicamentos que salvan vidas ha contribuido a una pérdida masiva y evitable de vidas***", agrega.

"Este artículo (de OneAmerica) se lee como una descripción seca de un evento de víctimas en masa evitable causado por un procedimiento médico experimental obligatorio. Una para la cual todas las oportunidades para que las víctimas se hayan autoinformado sobre los riesgos potenciales han sido borradas metódicamente tanto de internet como de la conciencia pública por una camarilla corrupta internacional que opera bajo la bandera de la 'iniciativa de noticias confiables'".

De igual forma, la aseguradora holandesa Aegon reveló que los pagos de seguros de vida del tercer trimestre de 2021 se dispararon un 258% en comparación con los pagos del tercer trimestre de 2020.

En 2020 los pagos de Aegon solo alcanzaron los 31 millones de dólares. Pero después de la mitad del año 2021, los pagos de beneficios por muerte alcanzaron los 111 millones de dólares.

"La aseguradora holandesa Aegon, que hace dos tercios de su negocio en los Estados Unidos, dijo que sus reclamaciones en las Américas en el tercer trimestre fueron de $111 millones, frente a los $31 millones del año anterior. Las aseguradoras estadounidenses MetLife y Prudential Financial también dijeron que aumentaron las reclamaciones de seguros de vida. Old Mutual de Sudáfrica utilizó una mayor parte de sus provisiones pandémicas para pagar siniestros y la reaseguradora Munich Re elevó su estimación de 2021 de siniestros de vida y salud por Covid-19 de 400 millones a 600 millones de euros".

Aegon informa un aumento del 258% en los pagos de las pólizas de seguro de vida. Aunque Aegon no asegura a todo el país, obviamente, este punto de datos debería estar generando alarmas entre aquellas personas que prestan atención.

Por otro lado, según los informes, Lincoln National, la quinta compañía de seguros de vida más grande de Estados Unidos según BankRate, después de New York Life, Northwestern Mutual, MetLife y Prudential", informó de ***un aumento masivo del 163% en los beneficios por muerte pagados bajo sus pólizas de seguro de vida grupales en 2021***.

Los estados de cuenta anuales presentados ante los departamentos estatales de seguros, que se proporcionaron a Crossroads Report en respuesta a solicitudes de registros públicos, muestran que ***Lincoln National pagó casi tres veces más dinero en 2021 en comparación con los totales anuales en 2020 y 2019***. El año pasado, la cantidad de $1450 millones salió de las arcas de Lincoln National, en comparación con $548 millones en 2020 y un poco más de $500 millones en 2019.

"***Desde 2019, el último año normal antes de la pandemia, hasta 2020, el año del virus Covid-19, hubo un aumento en los beneficios grupales por muerte pagados de solo el 9%. Pero los beneficios grupales por muerte en 2021, el año en que se introdujo la 'vacuna', aumentaron casi un 164% con respecto a 2020***", explica Crossroads Report .

Las pólizas de seguro de vida grupal generalmente cubren a adultos en edad laboral, que tienen entre 18 y 64 años. Este debería ser un grupo demográfico saludable, y uno que claramente no tuvo muchos problemas antes de la "vacuna" Covid.

¿Cuántas muertes están representadas por el aumento del 163%?

No es posible determinar por las cifras en dólares de los estados de cuenta, pero el beneficio por muerte promedio para el seguro de vida grupal proporcionado por el empleador, según la Sociedad para la Gestión de Recursos Humanos, es el salario de un año.

Estimando con base en un salario anual promedio en los Estados Unidos de $70 000, es seguro asumir que ***más de 20 000 adultos en edad laboral cubiertos solo por esta compañía de seguros murieron el año pasado debido a las vacunas***, y debemos ser conscientes de que esto es solo una compañía de seguros.

Si bien aún no tenemos números para New York Life, Northwestern Mutual, MetLife y Prudential, es muy probable que cada uno de ellos tenga cifras similares, lo que sugiere que ***cientos de miles de adultos en edad laboral en Estados Unidos ahora están muertos como resultado de convertirse en " completamente vacunado"***.

También existen beneficios ordinarios por fallecimiento, que no se pagan en las pólizas grupales. En 2019, antes de la pandemia, dichas pólizas pagaron $3700 millones. En 2020, esa cifra aumentó a $4000 millones. Sin embargo, en 2021, después de que casi 260 millones de estadounidenses recibieron al menos una inyección, la cifra se disparó a 5300 millones de dólares.

"Las declaraciones muestran que el monto total que pagó Lincoln National por todos los reclamos y beneficios directos en 2021 fue de más de $28 mil millones, $6 mil millones más que en 2020, cuando pagó un total de $22 mil millones, que fue menos que los $23 mil millones. mil millones que pagó en 2019, el año de referencia", explican los informes.

Un aumento de $6 mil millones en los gastos es algo que pocas empresas podrían absorber, pero Lincoln National ha estado trabajando para hacer precisamente eso: aumentar las ventas de nuevas pólizas de seguro.

En el comunicado de prensa que acompaña a su informe anual, la empresa anuncia los resultados del primer trimestre de 2022. Se informa de una pérdida de 41 millones de dólares en su negocio de Protección del Grupo y anuncia un

aumento en las ventas. Para el primer trimestre de 2022, ese aumento fue del 42%. La compañía también menciona que las primas han subido un 4%.

Queda por verse si la industria de seguros de vida sobrevive a lo que ha sucedido, sigue sucediendo y sucederá en el futuro una vez que los sobrevivientes restantes de las inyecciones desarrollen ADE (mejora dependiente de anticuerpos) y VAIDS (SIDA inducido por vacunas).

Relacionado con esto, según una encuesta de 20 corporaciones de seguros de vida de EE. UU., a principios del 2022, ***el exceso de reclamos por muerte aumentó un 37.7% en el tercer trimestre del año pasado con respecto a un punto de referencia previo a la pandemia***. Esta cifra incluye una división aproximada de 50-50 entre las reclamaciones relacionadas con Covid-19 y las causadas por otros factores.

El Instituto de Investigación de la Sociedad de Actuarios (SOA, por sus siglas en inglés) emitió un informe en enero que mostró que ***las reclamaciones por muerte no relacionadas con Covid-19 aumentaron un 19% con respecto a la referencia de 2017 a 2019, en comparación con un aumento del 18.7% en las reclamaciones por muerte relacionadas con Covid***.

Desde que SOA comenzó a rastrear datos en el segundo trimestre de 2020, las reclamaciones por muertes no relacionadas con el coronavirus promediaron solo un aumento del 3% por trimestre, siendo la más alta un 6.4% (cuarto trimestre de 2020), y las dos más bajas solo un poco por encima del referencia en 0.2% y 0.3% el primer y segundo trimestre de 2021.

Al constatar ***un aumento del 19% en el tercer trimestre***, The Wall Street Journal (WSJ) destacó las explicaciones propuestas que informan que "los ejecutivos y actuarios de la industria creen que muchas de estas muertes están relacionadas con retrasos en la atención médica como resultado de los cierres en 2020. y luego, más tarde, los temores de las personas de buscar tratamiento".

No obstante, como he mencionado, un proveedor de seguros de salud en Alemania citó sus propios datos internos que sugieren una explicación diferente. Andreas Schöfbeck, miembro de la junta de BKK ProVita, publicó una carta que envió a las autoridades gubernamentales indicando que los datos de la compañía proporcionaron evidencia significativa de "***un*** subregistro ***muy considerable de casos sospechosos de efectos secundarios de la vacunación después de que los pacientes recibieron la 'vacuna***'".

Con base en las altas tasas de más de 10 millones de clientes que buscaron atención médica por eventos adversos después de las inyecciones de la "vacuna" Covid-19, Schöfbeck demostró que aproximadamente ***2.5 millones a 3 millones de personas en su país probablemente buscaron atención médica debido a los efectos secundarios de la vacuna experimental***.

En una nación de aproximadamente 83 millones, esto "significa que ***alrededor del 4% al 5% de los "vacunados" estaban bajo tratamiento médico por***

efectos secundarios", ***una*** tasa aproximadamente ***10 veces más alta que la que ha informado el gobierno alemán***.

Hay mucha evidencia de que esto es solo la "punta del iceberg" considerando que un estudio realizado por Harvard en 2010 y encargado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) encontró que "***menos del 1% de los eventos adversos de la vacuna se informan" en VAERS***.

Otro estudio encargado por el fabricante de vacunas Connaught Laboratories calculó que ***es probable que haya una "cincuenta veces menos de notificación de eventos adversos***".

Con las campañas experimentales de "vacunas" basadas en genes Covid-19 que se iniciaron el año pasado, incluidos los mandatos educativos y de empleadores extensos que se impusieron a la población, entre otros, el personal militar de Estados sufrió las consecuencias observándose los siguientes aumentos: ***presión arterial alta (2.281%), ataques cardíacos (al menos 269%), coágulos sanguíneos pulmonares (467%) y cáncer (296%)***.

En enero, como he comentado anteriormente, Scott Davison, presidente de seguros OneAmerica en Indianápolis, llamó la atención sobre el ***aumento del 40% de la industria en las tasas de mortalidad del tercer trimestre, el más alto que "han visto en la historia del negocio***".

"Solo para darle una idea de lo malo que es eso, ***una catástrofe de tres sigma o una en 200 años sería un 10% más que antes de la pandemia", dijo. "Entonces, el 40% es simplemente inaudito***".

Procesando estos números en un extenso argumento de por qué este exceso de muertes no relacionadas con Covid probablemente fue causado por las "vacunas" contra la Covid, el graduado del MIT y empresario Steve Kirsch explicó que ***tal catástrofe solo ocurriría por pura casualidad cada 2.8e32 años, que es " básicamente nunca***".

"En otras palabras, el evento que sucedió para provocar esto ***no es una 'casualidad' estadística***. Algo provocó un cambio muy grande", dijo.

Ahora veamos otra información bastante reveladora sobre las "vacunas" y los Estados Unidos:

El New York Times proporciona actualizaciones diarias de los CDC sobre el número de "vacunados". Prestemos atención a los números:

A principios de mayo del 22, 257.6 millones (de un total de 334 millones de estadounidenses) habían recibido al menos una dosis de "vacuna". Eso es el 77% del país. Si eliminamos a los niños de 0 a 4 años, es el 82% de los elegibles por edad para la "vacuna". Parece que la gran mayoría de los estadounidenses habían aceptado el programa de vacunas.

Pero no por mucho tiempo:

Un sorprendente 15% de los "vacunados" inicialmente (y el 11% de todos los estadounidenses) nunca regresaron para su segunda inyección. Eso es enorme. No hay otra vacuna donde un porcentaje tan alto no complete una serie de 2 dosis. Entonces, si se suma el 18% que rechazó cualquier "vacuna" y el 11% (de todos los estadounidenses) que se negaron a completar la serie inicial, eso nos da hasta un 29% de la población que rechazó la "vacuna" y exvacunas que no se "vacunaron" por completo (se refiere a dos inyecciones, utilizando la terminología de los CDC).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades dijeron a principios de mayo del 22 que alrededor de 257.6 millones de personas habían recibido al menos una dosis de una "vacuna" contra la Covid-19, incluidos unos 219.6 millones de personas que habían sido completamente "vacunadas" por la "vacuna" de dosis única de Johnson & Johnson o la serie de dos dosis fabricada por Pfizer-BioNTech y Moderna.

El C.D.C. también informó que alrededor de 100.5 millones de personas completamente "vacunadas" han recibido una dosis adicional de "vacuna" o una dosis de refuerzo, el supuesto nivel más alto de protección contra el virus.

Ahora veamos cuántos estadounidenses aceptaron la dosis de refuerzo. Solo 100.5 millones de estadounidenses tomaron ese primer refuerzo, o el 30% de los estadounidenses, según el NYT. Si nos fijamos en el gráfico del NYT del % impulsado por condado, en muchos condados menos del 15% de la población tomó el refuerzo 1. ¿Por qué el NYT no usó colores adicionales para los condados donde se impulsó más del 35% o más del 40%? ¿No hay ninguno? Si es así, el total impulsado en los Estados Unidos puede ser inferior al 30%.

Pero sigamos con los CDC y el NYT y usemos el 30% o 100.5 millones de personas. ¿Cuántas personas tomaron las dos primeras dosis (o una si recibieron el pinchazo J y J) y rechazaron el refuerzo? El 36% de los estadounidenses (219.6 M-100.5 M / 334 M personas) tomaron la serie inicial y rechazaron el refuerzo. Agregue el 36% al 18% que rechazó todo, y agregue el 11% que rechazó el segundo pinchazo y ahora tiene el 65% del país que dijo "¡No más!"

Agregue el 5.6% de los estadounidenses menores de 5 años que no son elegibles para la "vacuna" (no es un uso de emergencia autorizado para ellos) y encontrará que ***el 70% de las personas no están "actualizados" según los CDC***.

Parece que los estadounidenses no son tan tontos después de todo. A pesar de dos años de propaganda continua y amenazas sin precedentes de empleo y pérdida educativa si no se "vacunan", los estadounidenses están diciendo: "Basta". Han dejado de hacer cola en las clínicas de "vacunación", muchas de las cuales ahora están cerradas.

Según la Academia Americana de Pediatría, en esas fechas solo el 35% de los niños de 5 a 11 años habian recibido alguna "vacuna" contra la Covid, y solo el 28%

habían recibido ambas dosis. El 20% de los niños de 5 a 11 años "vacunados" inicialmente nunca fueron traídos de vuelta para la segunda inyección.

Según los CDC, el 75% de los niños estadounidenses ya ha tenido Covid. Y es muy raramente una enfermedad grave para los niños, a pesar del giro desesperado de los CDC. Así que la idea de "vacunar" en masa a los niños pequeños es indescriptiblemente cruel.

Canadá

Según la actualización publicada el 27 de junio del 22, hasta el 27 de mayo, se habían notificado **46 635 casos** de eventos adversos, de los cuales **9627** fueron **graves** y **345** tuvieron **desenlace fatal**. Además hubo **546** después de los informes recibidos y procesados entre el 30 de abril y el 27 de mayo.

Había **633** informes en **niños de 5 a 11 años** y **1590** en **chicos de 12 a 17 años**. Un detalle que incluyen en el informe es que había ***24 informes de eventos adversos en niños de 11 años que probablemente recibieron la dosis de la "vacuna" Pfizer-BioNtech Comirnaty Covid-19 para personas de 12 años de edad y mayores***.

Europa

A 29 de mayo de 2022, EudraVigilance contenía lo siguiente, según la actualización de seguridad emitida el 17 de junio del 22:

Comirnaty. Un total de 786 983 casos de sospecha de efectos secundarios notificados espontáneamente desde países de la UE/EEE; 7935 de estos reportados un desenlace fatal.

Jcovden. Un total de 50 410 casos de efectos secundarios sospechosos notificados espontáneamente desde países de la UE/EEE; 319 de estos reportaron un desenlace fatal.

Nuvaxovid. Un total de 964 casos de sospecha de efectos secundarios de forma espontánea informado de los países de la UE/EEE; ninguno de estos reportó un desenlace fatal.

Spikevax. Un total de 219 135 casos de efectos secundarios sospechosos notificados espontáneamente desde países de la UE/EEE; 1059 de estos reportaron un desenlace fatal.

Vaxzevria. Un total de 276 697 casos de efectos secundarios sospechosos notificados espontáneamente desde países de la UE/EEE; 1529 de estos reportados un desenlace fatal.

En total: 1 334 189 eventos adversos y 10 842 fallecidos.

Alemania

El sitio alemán Transparenztest.de ha comparado las cifras de eventos adversos de las "vacunas" de ARNm contra la Covid con otras vacunas. Citando las cifras del informe de seguridad actual del renombrado Instituto Paul Ehrlich (PEI) de Alemania del 23 de diciembre de 2021, los resultados son nada menos que aterradores.

"***En los últimos once meses, se informaron cuatro veces más informes de sospechas de reacciones adversas y cuatro veces más muertes en números absolutos solo para las "vacunas" Covid que en los últimos 20 años para la totalidad de las vacunas utilizadas en Alemania***".

En términos de presuntas muertes, por cada 1 000 000 de dosis de "vacuna", hay ***21 veces más muertes con las "vacunas" Covid que con todas las demás vacunas vacunadas en Alemania en el período entre el año 2000 y el 2020***. ***Expresado como porcentaje, eso es 2200%.***

Un metaestudio de Hazell et al., sugirió que ***el promedio de "subdeclaración" en las bases de datos de RAM (sospechas de reacciones adversas a medicamentos y vacunas) era del 94%***. Y según un informe del propio PEI, la tasa de casos sospechosos informados puede ser tan baja como el 5%.

Usando la cifra del 94% de subregistro, las muertes en Alemania tras las "vacunas" de ARNm contra la Covid serían 38 380 muertes. También es extremadamente preocupante que ***los datos muestran cómo aumenta la tasa de RAM con cada dosis de refuerzo contra la Covid***. ***Cuantos más refuerzos toma un paciente, mayor es el riesgo de sufrir una RAM***.

Transparenztest.de también produjo un gráfico que ***muestra el mayor riesgo después de una "vacunación" triple (refuerzo)***, dependiendo de la dosis de "vacunación". Veamos una comparación de los informes de RAM; muertes por cada 1 000 000 de dosis de "vacuna" después de la "vacunación" triple (refuerzo).

"***Los resultados son aterradores. El factor de diferencia con las otras vacunas aumenta en un factor de 43. Con cada dosis de 'vacunación' adicional (refuerzo 4/5), la proporción empeora en consecuencia, o aumenta el riesgo de efectos secundarios que resultan en la muerte. Lo mismo se aplica, por supuesto, a todos los demás efectos secundarios***".

En Alemania, matemáticos, médicos y estadísticos han investigado la cuestión del exceso de mortalidad en 2021, en comparación con años anteriores. Analizando las estadísticas oficiales, observan ***una correlación entre las curvas de exceso de mortalidad y las de las campañas de "vacunación", por lo que concluyen, sin sorpresa, que las inyecciones son las responsables***.

Según el profesor Riessinger, ***durante el año 2020***, al que llama "el de la extraña pandemia", ***no se observa un exceso de mortalidad***, si nos basamos

en cifras oficiales. Por otro lado, ***en 2021 se*** presenta ***un exceso de mortalidad, que representa entre un 1.7 y un 1.8 % más que la mortalidad observada entre 2016 y 2020, es decir, entre 17 000 y 18 000 muertes adicionales***. La mayoría de estas muertes corresponden a personas de entre 35 y 75 años, mientras que la edad promedio de muerte por Covid-19 está por encima de los 75 años.

Es principalmente en la segunda mitad de 2021 que observamos variaciones significativas. ***Período correlacionado con el lanzamiento de la campaña de vacunación generalizada***. Durante la segunda mitad de 2021, el exceso de mortalidad es del 4% para toda la población y del 7% para la cohorte de 35 a 75 años. Para esta cohorte, de las 14 000 muertes en exceso en 2021, 10 000 ocurrieron durante la segunda mitad del año. Una tendencia que solo ha ido en aumento desde septiembre de 2021.

Por su parte, la Dra. Sonja Reitz, médica general y psicoterapeuta en Hamburgo, publicó una carta abierta el 30 de diciembre de 2021 a la Canciller y las autoridades alemanas, convocándolas a ***interrumpir el programa de "vacunación" de inmediato***. También se apoya en estadísticas oficiales, de las que deduce un exceso de mortalidad preocupante, y ***concluye en un exceso de mortalidad del 28% respecto a 2020 para las dos primeras semanas de diciembre de 2021***.

Según los datos europeos de Euromomo , ***entre 2020 y 2021, todas las personas pueden*** observar ***un exceso de mortalidad significativo de 0 a 64 años, mientras que no hay exceso de mortalidad para los mayores de 65 años***. La Dra. Sonja Reitz señala ***que en 2021, siendo las variantes Delta y Ómicron notablemente menos peligrosas que la cepa original, este exceso de mortalidad no se puede explicar por su efecto***. Las estadísticas oficiales de DESTATIS indican que ***en septiembre de 2021 el exceso de mortalidad fue del 10%, en noviembre del 20% y en diciembre del 28% con respecto a 2020; en paralelo con la campaña de refuerzo de la "vacuna"***. Misma observación que la profesora Riessinger: "La gente ", declaró en una manifestación pública en enero de 2022, "se está muriendo como moscas". ***No se ha presentado ninguna explicación alternativa para este exceso de mortalidad, ni por el Instituto Paul Ehrlich ni por el Parlamento alemán***.

Con base en las tablas oficiales del Instituto Robert Koch, el Dr. Reitz observa, en comparación con 2020, ***un aumento del 50% en los casos graves declarados de ictus y ataques cardíacos***.

Andreas Schöfbeck, presidente de la junta directiva de la aseguradora de salud alemana BKK Pro Vita, se sintió tan perturbado por los resultados del análisis de los datos sobre enfermedades de diez millones de asegurados que escribió inmediatamente al Instituto Paul Ehrlich (Agencia federal alemana y organismo de regulación médica e institución de investigación de vacunas y biomedicamentos). La carta también se envió a la "Comisión Permanente de Vacunación" (StIKo) y a la Asociación Médica Alemana.

Andreas Schöfbeck calcula que ***los efectos secundarios de la "vacuna" son al menos diez veces más frecuentes según los datos de los pacientes*** que los comunicados por el Instituto Paul Ehrlich. Los críticos llevaban tiempo dudando de que las cifras de esta agencia federal fueran realistas y advertían de una infradeclaración de casos. Ahora existe el primer estudio a gran escala que lo confirma.

La muestra incluye 10 937 716 asegurados. Esta evaluación ha demostrado, aunque todavía no tenemos los datos completos para 2021, que ya estamos asumiendo 216 695 casos tratados de efectos secundarios de la vacunación de esta muestra sobre la base de las cifras disponibles. Si estas cifras se extrapolan a todo el año y a la población de Alemania, probablemente ***entre 2.5 y 3 millones de personas en Alemania han recibido tratamiento médico por efectos secundarios de la "vacunación" tras la aplicación de la 'vacuna' Covid***.

"Consideramos que ***se trata de una señal de*** alarma ***considerable que debe tenerse en cuenta absolutamente en el uso posterior de las 'vacunas'***". Parece estar muy seguro de la solidez de su análisis, ya que para los posibles críticos añade: "A nuestros ojos, las cifras pueden validarse con relativa facilidad y también a corto plazo solicitando a los demás tipos de cajas de enfermedad (AOKs, cajas de enfermedad sustitutas, etc.) una evaluación correspondiente de los datos de que disponen".

Extrapolado al número de personas "vacunadas" en Alemania, si se confirman las suposiciones de los datos de la BKK, ***habría sido*** necesaria ***una visita al médico para el 4 o 5% de los "vacunados***". El Instituto Paul Ehrlich, por su parte, sólo informa del 0.3%.

¿Cómo pueden estar tan alejadas las cifras de una autoridad federal y de una aseguradora? Schöfbeck ofrece una posible explicación: ***el esfuerzo de informar es demasiado alto y no se recompensa***. Los médicos han informado de que se tarda media hora por caso. Y luego Schöfbeck calcula lo que significaría en la práctica con tres millones de casos sospechosos: 1.5 millones de horas de trabajo de los médicos. Mil médicos no tendrían otra cosa que hacer durante un año que informar continuamente de los casos sospechosos.

Al final de su carta, vuelve a señalar con urgencia el carácter explosivo de los nuevos hallazgos: ***No se puede descartar el peligro para la vida humana***, por lo que pidió una "respuesta" inmediata de los responsables.

En Charite en Berlín (hospital público universitario alemán que se cuenta entre los más grandes de Europa. Llamado "Charité Universitätsmedizin de Berlín", forma parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Berlín y la Universidad Humboldt de Berlín. Cinco premios Nobel de Medicina se formaron en él), se están realizando investigaciones sobre los efectos secundarios después de las inyecciones antiCovid.

El número de complicaciones graves ***tras las inyecciones contra el SARS-CoV-2 es*** 40 veces superior ***al registrado previamente por el Instituto Paul Ehrlich (PEI)***. Este es uno de los resultados de un estudio observacional a largo plazo realizado por Berlin Charité. El jefe de la investigación, el profesor Harald Matthes, pide ahora más puntos de atención para los afectados.

La investigación sobre el "perfil de seguridad de las inyecciones Covid-19" ("ImpfSurv" para abreviar), que se centra en los efectos y efectos secundarios de las diversas "vacunas", ha estado en curso durante un año. Alrededor de 40 000 personas "vacunadas" son entrevistadas a intervalos regulares en toda Alemania. La participación es voluntaria y es independiente de cómo las inyecciones afectan a los sujetos de prueba.

Un resultado: ***ocho de cada 1000 personas "vacunadas" sufren efectos secundarios graves***. "El número no es sorprendente", explica el Prof. Dr. Harald Matthes: "Corresponde a lo que se sabe de otros países como Suecia, Israel o Canadá. Por cierto, incluso ***los fabricantes de las inyecciones ya habían determinado valores*** similares ***en sus estudios***". ***Con las vacunas convencionales, como las contra la poliomielitis o el sarampión, el número de efectos secundarios graves es*** significativamente menor.

"***En vista de alrededor de medio millón de casos con efectos secundarios graves después de las inyecciones contra la Covid en Alemania, los médicos debemos tomar medidas***", enfatiza el profesor Matthes, quien, además de su trabajo en la Charité de Berlín, forma parte de la junta directiva de varios sociedades médicas especializadas y ha estado viendo el efecto durante años de los medicamentos que se examinan sistemáticamente. "Tenemos que acudir a las ofertas de terapias, discutirlas abiertamente en congresos y en público sin que se tilden de antivacunas".

El número de reacciones graves a la "vacunación" en el Instituto Paul Ehrlich, con 0.2 informes por cada 1000 dosis de "vacuna", también es significativamente más bajo que en el estudio actual de Charité.

Tanto en Charité como en otras clínicas, se están desarrollando tratamientos efectivos para personas con complicaciones de "vacunación": "La ***presencia de*** demasiados ***autoanticuerpos en el plasma sanguíneo de los afectados es a menudo la causa del problema***", explica el Prof. Matthes. "Por lo tanto, primero se debe determinar cuáles y cuántos de estos autoanticuerpos están presentes". Entonces, también se deben traer a bordo laboratorios que puedan realizar las pruebas pertinentes.

Una vez que el diagnóstico es claro, ***el objetivo es*** eliminar ***el exceso de anticuerpos de la sangre mediante medicamentos inmunosupresores o un lavado de sangre especial***. El método se conoce desde hace mucho tiempo, pero es demasiado poco específico: "Solo queremos reducir los autoanticuerpos formados incorrectamente, es decir, los que se han desarrollado contra el SARS-CoV-2".

España

Según el informe de farmacovigilancia publicado el 25 de mayo (último emitido a día 03 de julio del 22), hasta el 8 de mayo, se habían registrado en la base de datos FEDRA un total de **70 965 notificaciones** de acontecimientos adversos. De ellas, **12 960** fueron consideradas **graves** y **434** presentaron un **desenlace mortal**.

Hasta el 8 de mayo de 2022, de las **38 624 notificaciones** registradas tras la administración de **Comirnaty**, **354** corresponden a esta **población infantil**, de las cuales **108** fueron consideradas **graves**.

No obstante en la tabla 2 del informe, se recogen en niños de 12 a 17 años, **619 notificaciones en chicos** y **574 en chicas**. Para niños de 5 a 11 años, se recogen **200 notificaciones en chicos** y **189 en chicas**.

Hasta el día 8 de mayo de 2022, se habían podido identificar en la base de datos FEDRA **2020 notificaciones** de acontecimientos adversos tras la administración de la **tercera dosis**, de los cuales **608** fueron consideradas **graves**.

Por otro lado, en España, ***hay un*** claro exceso ***de mortalidad, "curiosamente", con un*** 85.68% ***de sus ciudadanos inoculados antiCovid a día 22 de junio del 22***.

El pasado mayo se cerró con la cifra de 4000 muertos en España por exceso de mortalidad, con arreglo a los datos oficiales del MOMO, dependiente del Instituto de Salud Carlos III. Más de tres mil de estos fallecimientos "de más" fueron por Covid, según publicó La Razón y los mil restantes por otras patologías sin especificar. Decía el periódico El Mundo a principios e junio: "La primavera podría concluir, a este ritmo, con 6000 defunciones asociadas al coronavirus". "La primavera habría sumado ya unos 5000 fallecimientos. A este ritmo, serían 6000 al concluir la estación". A finales de junio se mantiene la tendencia. Resultan llamativas estas cifras.

Tres mil óbitos o 5000 o 6000 por el supuesto SARS-CoV-2 son demasiados si tenemos en cuenta que ***casi el 90% de los españoles está "vacunado"***. Aunque no se ha reconocido oficialmente, ha habido una "séptima ola sigilosa" pero muy contagiosa, con efectos de mortalidad preocupantes. ***Mil muertos de más por otras causas carece también de explicación*** y debería aclarar el motivo el Ministerio de Sanidad.

Curiosamente ***están subiendo los casos de enfermedades cardiovasculares, miocarditis, pericarditis, ictus, trombocitopenia, muerte súbita y cáncer***. Lo inexplicable es que sigan pasando los meses con exceso de mortalidad y ningún portavoz oficial diga qué está ocurriendo. Tampoco tenemos información definitiva sobre el brote de casos de hepatitis entre la población infantil. Todo son teorías, pero sin ningún argumento científico de valor. Igual que sucede con la viruela del mono. Nunca tuvimos tantas patologías ciertamente inexplicables.

Esto no es nuevo, ya en diciembre del 21, el exceso de muertes preocupaba a los expertos:

El exceso de mortalidad en España que desconcierta a los expertos ¿Si no es culpa del coronavirus, qué es?

Esa es la pregunta que se hace Rafael Cascón Porres, investigador de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM). Así, el pasado mes, se produjeron 2994 más muertes de las esperadas (esta cifra es aún provisional), cuando durante este mismo mes, según el Ministerio de Sanidad, se produjeron en torno a 640 fallecimientos por Covid-19. Es decir, "frente a la veintena de muertes diarias por Covid, se están produciendo casi 100 fallecimientos de más diarios (80 si se quitan las de Covid) sin que se sepa la causa", denuncia el experto de la UPM.

Lo peor no es que haya un día con más de 200 fallecidos de más (el 9 de noviembre se registraron 243 más defunciones de las esperadas), sino que se mantenga ese exceso de mortalidad durante tanto tiempo. Así, en noviembre se han registrado "20 días consecutivos con muertes por exceso, algo que sólo se ha producido durante las olas: la primera, segunda, tercera y quinta", explica Cascón Porres, que recuerda que ya "en verano el exceso de mortalidad fue el doble de las muertes registradas con Covid sin que entonces se buscase explicación. Pero ahora la diferencia que se está produciendo (entre las muertes por Covid de las que informa Sanidad y las observadas por MoMo) es mucho mayor".

Además, "la mayor parte de los días que se han superado las muertes esperadas ha sido por encima del umbral del 99% de confianza. En concreto, 16 días por lo que con casi total seguridad hay una causa que está provocando ese exceso de mortalidad anómalo", sostiene el experto de la UPM.

Si analizamos los datos de contagios, inoculaciones y muertes que se ofrecen, por ejemplo, con la comunidad autónoma de Castilla y León, nos encontramos con que, según "Datos Macro", estaban "completamente inoculadas" 2 121 873 personas, es decir, el 89.17% de la población. Esto, a fecha 1 de junio de 2022.

Según publican varios medios y siempre según datos oficiales proporcionados por el propio gobierno autonómico, a 31 de mayo, los hospitales de Castilla y León sumaban 7721 frente a los 6431 existentes el primer día del año. Es decir, 1290 muertos que se reparten entre los 305 contabilizados en los complejos de la provincia de León, los 222 de Valladolid, los 178 de Burgos y los 176 de Salamanca. Por detrás, aparecen Zamora (134), Palencia (116), Ávila (81), Segovia (41) y Soria (37). Tras los muertos en las últimas semanas, León encabezó el listado de fallecidos por Covid en la Comunidad, con un total de 1573, por delante de los 1561 de Valladolid, los 1088 de Salamanca y los 1005 de Burgos. Todas ellas superan el millar de decesos.

El dato más llamativo de todos es el de León. Esa provincia acumulaba ***más muertes en los cinco primeros meses de 2022, que en los mismos meses del año 2021***.

En Castilla y León estaba “completamente vacunado” el 89.22% de la población a 15 de junio del 22. Por eso es bastante “curioso” que si vamos a “El Norte de Castilla”, uno de los medios que mayor difusión tiene en esa comunidad autónoma, nos encontremos con estos dos titulares:

Uno del 21 de junio: “Los casos de covid crecen el 13% en una semana en la región. La comunidad sufre 45 fallecimientos y los contagios se elevan a 5395 nuevos en la última semana”.

El otro de un día más tarde: “Atención Primaria atiende cifras históricas de Covid con 133 500 pacientes infectados en la región. Los positivos se registran menos y son más moderados; pero duplican los casos activos de diciembre y triplican los de noviembre”.

Igualmente, considerando que casi un 86% de la población española y un 78.64% de la población canaria estaba inoculada a día 22 de junio, es bastante “curioso” encontrarnos con este documento audiovisual, que en su sinopsis dice: “Salud Pública recuerda que seguimos en pandemia. ***Desde marzo los contagios no sólo no bajan sino que aumentan, lentamente pero de forma constante***. ***Canarias es hoy la tercera comunidad española en Incidencia Acumulada a una semana***. Las cifras oficiales hablan de que en este momento 307 personas están ingresadas en centros hospitalarios a causa del Coronavirus. 20 de ellas están en unidades de Cuidados Intensivos y 287 en planta. Gran Canaria es la isla que soporta una mayor presión asistencial en este momento.

También es “curioso” encontrarnos, por ejemplo, con este titular de abril en Extremadura: “Aumentan casos Covid en Extremadura, casi 1600, y los hospitalizados (86)”.

Reino Unido

Según la actualización publicada el 24 de junio del 22, hasta el 15 de junio inclusive, teníamos 2191 fallecidos y 1 497 018 eventos adversos (1) (2).

Citaré lo que dice el informe textualmente.

En lo que se refiere a desenlace fatal:

La MHRA había recibido **794 informes** del Reino Unido de presuntas RAM a la “vacuna” Covid-19 **Pfizer / BioNTech** en los que el paciente murió poco después de la “vacunación”, **1287 informes** para la “vacuna” Covid-19 **AstraZeneca**, **62** para la “vacuna” Covid-19 **Moderna** y **48** donde la marca de la “vacuna” **no se especificó**.

En lo que se refiere a total de eventos adversos:

La MHRA recibió y analizó 171 590 tarjetas amarillas del Reino Unido de personas que han recibido la “vacuna” Covid-19 **Pfizer / BioNTech**. Estos informes

incluyen un total de **494 329 reacciones sospechosas** (es decir, un solo informe puede contener más de un síntoma). El primer informe se recibió el 9 de diciembre de 2020.

La MHRA recibió y analizó un total de 245 614 informes del Reino Unido de presuntas RAM a la "vacuna" Covid-19 **AstraZeneca**. Estos informes incluyen un total de **870 093 reacciones sospechosas** (un solo informe puede contener más de un síntoma). El primer informe se recibió el 4 de enero de 2021.

La MHRA recibió y analizó un total de 39 514 informes en el Reino Unido de presuntas RAM a la "vacuna" Covid-19 **Moderna**. Estos incluyen un total de **130 851 reacciones sospechosas** (un solo informe puede contener más de un síntoma). El primer informe se recibió el 7 de abril de 2021.

Además, la MHRA recibió **1745 informes** de tarjeta amarilla en los que el reportero no especificó la marca de la "vacuna".

En lo que se refiere a menores de 18 años:

La MHRA había recibido **3857 informes** de presuntas RAM para la "vacuna" Covid-19 **Pfizer / BioNTech** en los que se informó que el individuo era menor de 18 años, **264 informes** para la "vacuna" Covid-19 **AstraZeneca**, **30** para la "vacuna" Covid-19 **Moderna** y **31** donde la marca de la "vacuna" **no estaba especificada**.

En lo que se refiere a los refuerzos:

La MHRA había recibido **31 646 informes** de presuntas RAM donde se informó que la "vacuna" Covid-19 **Pfizer / BioNTech** era la dosis de refuerzo, **576 informes** donde se informó que la "vacuna" Covid-19 **AstraZeneca** era la dosis de refuerzo, **17 970 informes** donde se informó que la "vacuna" Covid-19 **Moderna** era la dosis de refuerzo y **201 informes** donde la marca de refuerzo de la "vacuna" **no se especificó**.

Ahora veamos distintos tipos de eventos adversos reportados:

Anafilaxia

La MHRA continúa monitoreando los informes de reacciones alérgicas graves con la "vacuna" Covid-19 **Pfizer / BioNTech** y había recibido **666 reacciones adversas** espontáneas en el Reino Unido asociadas con anafilaxia o reacciones anafilactoides.

La MHRA está monitoreando los informes de anafilaxia con la "vacuna" Covid-19 **Moderna** y había recibido **93 informes** de anafilaxia en asociación con la "vacuna".

La MHRA también monitorea los informes de anafilaxia o reacciones anafilactoides con la "vacuna" Covid-19 **AstraZeneca** y había recibido **885 reacciones**

adversas espontáneas en el Reino Unido asociadas con la anafilaxia o reacciones anafilactoides reportadas.

Parálisis de Bell

Si bien el informe de PA después de la "vacunación" contra Covid-19 es raro, la evidencia basada en los últimos datos disponibles muestra que puede haber un mayor riesgo de PA después de la "vacunación" contra Covid-19.

Mielitis transversa

Hemos recibido **125 informes** de sospecha de MT después de la administración de la "vacuna" Covid-19 **AstraZeneca**, **39 informes** después de la administración de la "vacuna" Covid de **Pfizer / BioNTech** y **7 informes** después de la administración de la "vacuna" de **Moderna**.

Debido a la gravedad de este evento adverso y como medida de precaución, la información del producto se ha actualizado para aumentar la conciencia de los profesionales de la salud y los pacientes sobre los signos y síntomas asociados con la MT, que pueden incluir debilidad muscular, dolor de espalda localizado o irradiado, síntomas de vejiga e intestino y cambios en la sensibilidad.

Eventos tromboembólicos (coagulación de la sangre) con plaquetas bajas concurrentes

La MHRA había recibido informes de tarjeta amarilla de **444 casos** de eventos tromboembólicos importantes (coágulos sanguíneos) con trombocitopenia concurrente (recuentos bajos de plaquetas) en el Reino Unido después de la "vacunación" Covid-19 con la "vacuna" **AstraZeneca**. Cincuenta y uno de los 444 informes se han notificado después de una segunda dosis. De los 444 informes, 221 ocurrieron en mujeres y 218 en hombres de 18 a 93 años. La **tasa general de letalidad fue del 18%** con 81 muertes, seis de las cuales ocurrieron después de la segunda dosis.

Se notificó trombosis venosa cerebral en 160 casos (edad promedio 46 años) y 284 tuvieron otros eventos tromboembólicos importantes (edad promedio 54 años) con trombocitopenia concurrente.

la MHRA había recibido informes de tarjeta amarilla de **32 casos** de eventos tromboembólicos importantes (coágulos sanguíneos) con trombocitopenia concurrente (recuentos bajos de plaquetas) en el Reino Unido después del uso de la "vacuna" Covid-19 **Pfizer / BioNTech**. Estos eventos ocurrieron en 13 mujeres y 18 hombres de 18 a 91 años, y la tasa general de letalidad fue del 13% con cuatro muertes reportadas.

La MHRA había recibido informes de tarjeta amarilla de **7 casos** de eventos tromboembólicos importantes (coágulos sanguíneos) con trombocitopenia concurrente (recuentos bajos de plaquetas) en el Reino Unido después del uso de

la “vacuna” Covid-19 **Moderna**. Estos eventos ocurrieron en 5 hombres adultos y 2 mujeres adultas entre las edades de 28-95.

Síndrome de fuga capilar

La MHRA había recibido **17 informes** de sospecha de síndrome de fuga capilar (una afección en la que el líquido se filtra de los pequeños vasos sanguíneos al cuerpo) en el caso de la “vacuna” Covid **AstraZeneca**.

La MHRA también había revisado los informes de síndrome de fuga capilar para las “vacunas” Covid-19 de Moderna y Pfizer / BioNTech. Para la “vacuna” Covid-19 Moderna, si bien no se encontró asociación con la nueva aparición del síndrome de fuga capilar, se identificó **un riesgo potencial de exacerbación del síndrome de fuga capilar existente después de la “vacunación”**. La información del producto para la “vacuna” Covid-19 Moderna se ha actualizado para resaltar el riesgo potencial de brote del síndrome de fuga capilar para los profesionales de la salud y los pacientes. Para la “vacuna” Covid-19 Pfizer / BioNTech, no se identificó ninguna asociación entre la nueva aparición o el brote del síndrome de fuga capilar. La MHRA ha recibido un total de 2 informes de síndrome de fuga capilar tras la administración de la “vacuna” Covid-19 Moderna y 1 informe tras la administración de la “vacuna” Covid-19 Pfizer/BioNTech.

Trastornos menstruales (problemas menstruales) y sangrado vaginal inesperado

Se habían notificado un total de **51 298 sospechas de reacciones** relacionadas con una variedad de trastornos menstruales después de las tres vacunas contra la Covid-19, incluidos períodos más pesados de lo habitual, períodos retrasados y sangrado vaginal inesperado. Estas sospechas de reacciones se han reportado en **39 968 informes individuales** de Tarjeta Amarilla (ya que cada informe puede contener más de una reacción sospechosa).

Miocarditis y pericarditis (inflamación del corazón)

Se habían recibido **803 informes de miocarditis y 545 informes de pericarditis** tras el uso de la “vacuna” Covid-19 **Pfizer/BioNTech**, **así como diez informes de carditis, cinco informes de miocarditis viral, cuatro informes cada uno de pericarditis infecciosa y pericarditis viral, dos informes cada uno de miocarditis micótica y endocarditis, y un informe cada uno de miocarditis infecciosa, pericarditis constrictiva, pleuropericarditis, pericarditis lúpica, endocarditis no infecciosa, miocarditis eosinofílica, miocarditis por hipersensibilidad, miocarditis posterior a la infección, miocarditis bacteriana, miocarditis séptica y endocarditis estreptocócica**.

Para la “vacuna” Covid-19 **AstraZeneca** hubo 230 **informes de miocarditis y 220 informes de pericarditis** después de la “vacunación”, así como **ocho informes de endocarditis, cinco informes de pericarditis viral, tres informes de miocarditis viral, dos informes de endocarditis bacteriana, carditis y endocarditis aguda, y un informe cada uno para miocarditis**

infecciosa, miocarditis post infección, pericarditis autoinmune y miocarditis autoinmune.

Hubo **225 informes de miocarditis, 132 informes de pericarditis, tres informes de carditis y un informe cada uno de miocarditis por hipersensibilidad, pleuropericarditis, miocarditis viral y endocarditis** después del uso de la "vacuna" Covid **Moderna** hasta la misma fecha.

Síndrome de Guillain-Barré

La MHRA había recibido **500 informes** de sospecha de síndrome de Guillain-Barré con la "vacuna" Covid-19 **AstraZeneca** y **29 informes** de una enfermedad relacionada llamada síndrome de Miller Fisher. También había recibido **106 informes** de Síndrome de Guillain-Barré tras el uso de la "vacuna" Covid-19 **Pfizer/BioNTech** y **6 informes** de Síndrome de Miller Fisher y para la "vacuna" Covid-19 **Moderna** ha habido **20 informes** de Síndrome de Guillain-Barré.

La lista es más larga para todas las "vacunas", se puede comprobar accediendo a las referencias (1) (2) (3) (4).

Miremos un poco hacia atrás:

Ya en agosto del 21, las reacciones adversas a las inyecciones antiCovid-19 eran 17.5 veces más altas que las reacciones adversas a todas las demás vacunas combinadas desde 2010 (1) (2). **El número de muertes por las "vacunas" Covid en el Reino Unido en 6 meses, ya era un 407% mayor que las muertes debidas a las otras vacunas juntas en los últimos 11 años** (1) (2).

El Regulador de Medicinas del Reino Unido respondió a una solicitud de Libertad de Información que exigía saber cuántas muertes habían ocurrido en los últimos 20 años debido a todas las vacunas, y su respuesta reveló que hubo ***cuatro veces más muertes en solo ocho meses debido a las inyecciones antiCovid-19***.

Confirmaron que están utilizando otros estudios epidemiológicos, registros médicos electrónicos anonimizados basados en médicos de cabecera y experiencia internacional para monitorear de manera proactiva la seguridad junto con los informes espontáneos recibidos a través del esquema de la tarjeta amarilla. ***La MHRA también confirmó que las "vacunas" actuales de Covid-19 que se ofrecen en el Reino Unido solo están bajo una autorización temporal y que estas autorizaciones no constituyen una autorización de comercialización***. Revelaron que habían recibido un total de 404 reacciones adversas notificadas a todas las vacunas disponibles (excluidas las inyecciones de Covid-19) asociadas con un desenlace fatal entre el 1 de enero de 2001 y el 25 de agosto de 2021, un tiempo de 20 años y 8 meses.

Pero, ¿cómo se compara eso con la cantidad de reacciones adversas notificadas a todas las "vacunas" Covid-19 autorizadas temporalmente asociadas con un

desenlace fatal? Bueno, desde que se implementó la "vacuna" Pfizer en diciembre de 2020, se reportaron 509 muertes, lo que significa que **en solo 8 meses, esta "vacuna" por sí sola superaba en número a las muertes debidas a todas las demás vacunas en los últimos 20 años**. A la inyección del vector viral AstraZeneca le fue mucho peor con 1060 **muertes reportadas** a la MHRA desde enero de 2020, **más del doble de lo que se había informado debido a todas las demás "vacunas" en los últimos 20 años**. También se habían reportado 15 muertes debido a la "vacuna" Moderna desde que se administró por primera vez en junio de 2021, y 28 muertes en las que la marca de la "vacuna" Covid-19 no se especificó en el informe.

Por lo tanto, hasta el 25 de agosto de 2021 hubo un total de 1612 muertes notificadas a la MHRA como reacciones adversas a todas las "vacunas" Covid-19 disponibles en el Reino Unido desde principios de año. **Lo que significa que ha hubo cuatro veces más muertes en solo 8 meses debido a las "vacunas" Covid-19 que debido a cualquier otra "vacuna" disponible desde el año 2001**.

En septiembre del 21, las muertes por Covid-19 eran 58 ***veces más altas que en la misma época del año anterior y el 78% de media de los que murieron tenían la "vacuna" Covid-19 según datos de Salud Pública***.

Los datos de la Oficina Oficial de Estadísticas Nacionales revelaron inadvertidamente que 35 924 ***personas murieron dentro de los veintiún días de haber recibido la "vacuna" Covid-19 en Inglaterra durante los primeros 8 meses de 2021***.

De igual forma, hasta el 5 de enero de 2022 se habían notificado a la MHRA un total de 1932 muertes como reacciones adversas a todas las "vacunas" contra la Covid-19 disponibles en el Reino Unido desde principios de año. ***Lo que significa que oficialmente hubo casi*** 5 veces más ***muertes en solo 12 meses debido a las "vacunas" Covid-19 que a todas las demás vacunas disponibles combinadas desde el año 2001***.

Por otro lado, aquí se analizaron los datos de muertes del Reino Unido, ajustándolos para permitir el desplazamiento de la mortalidad y la ausencia de gripe para estimar que ***alrededor de 23 000 personas pueden haber muerto debido a las "vacunas"***. Esto fue similar a una estimación a la que se llegó por separado utilizando informes de tarjetas amarillas fatales y asumiendo un factor de subinforme de 10.

Más actualmente, ya en junio del 22, el análisis de los datos de muertes no relacionadas con la Covid de Dinamarca respalda aún más esta estimación, y muestra ***aumentos en el exceso de mortalidad no relacionada con la Covid asociados con las campañas de "vacunación" a un nivel similar***.

Al comparar las tasas de exceso de mortalidad sin Covid (NCEM) en Dinamarca y el Reino Unido, encontramos que se parecen mucho entre sí en aproximadamente

250 muertes en exceso por millón de vacunas administradas, es decir, ***una tasa de mortalidad del* 0.025% *o una cada 4000 dosis***.

Se analizan los datos de Dinamarca debido a su historial de mortalidad por Covid completamente diferente al del Reino Unido durante la parte de la pandemia de 2020. ***La similitud en las tasas de NCEM desde el comienzo del lanzamiento de la "vacuna" a pesar de las muy diferentes tasas anteriores de Covid de los dos países*** indica ***que no está relacionado con los síntomas de infección por Covid y los efectos a largo plazo***.

El gráfico muestra el historial de mortalidad por Covid en ambos países. Los datos del Reino Unido se han escalado para permitir la diferencia en el tamaño de la población. Los siguientes dos gráficos muestran que, ***a pesar de experiencias radicalmente diferentes de propagación y mortalidad de Covid en 2020, las tasas de NCEM para el período de las campañas de "vacunación" en cada país fueron muy similares***, de hecho, si los trazamos en el mismo gráfico, escalando los datos del Reino Unido una vez más, podemos observar cuán similares son realmente estos conjuntos de datos.

Las cifras danesas y del Reino Unido (una vez ajustadas y escaladas) muestran un aumento de alrededor de 1000 muertes en exceso al comienzo de las campañas de "vacunación" a alrededor de 4000 muertes en exceso ahora. Este es ***un aumento de* 3000 *muertes después de que se hayan administrado aproximadamente 12 millones de dosis de "vacuna", es decir, 0.025% o*** una cada 4000 dosis.

Como se ilustra en este gráfico, los datos de la ONS informados semanalmente indican que ***la proporción entre las muertes 'por' y 'con' Covid varía* ampliamente*, desde alrededor del 60% hasta alrededor del 90%***.Para fines de comparación, la proporción equivalente para "otras enfermedades respiratorias" varía entre solo alrededor del 15% y el 35%, es decir, ***solo el* 15-35% *de las muertes con una enfermedad respiratoria no relacionada con Covid se* registran *como causa subyacente***.

Para este análisis se aplicó una tasa estandarizada del 65%. Esta tasa también se aplicó a los datos daneses bajo el supuesto de que los dos países serán similares. Sin embargo, los datos daneses no se corrigieron por la casi ausencia de influenza o reducciones en otras enfermedades respiratorias durante la pandemia de Covid, como lo fueron los datos del Reino Unido.

Dado que las muertes por influenza en años anteriores hicieron una contribución significativa al promedio de cinco años sin Covid, no ajustarlas probablemente explica la aparente caída exagerada en la mortalidad observada en los datos daneses en las primeras semanas de 2021 cuando comenzó la campaña de "vacunación", y nuevamente en las primeras semanas de 2022.

En resumen, encontramos ***una alta tasa de exceso de mortalidad no relacionada con Covid correlacionada con las campañas de "vacunación" que debe investigarse a fondo***. No se puede "esconder debajo de la alfombra"

como una simple anomalía peculiar en el Reino Unido, ya que ***se* observan *efectos similares en al menos otro país europeo***. Este análisis, y su potencial gravedad, se corrobora con la similitud en la tasa de mortalidad, de una cada 4000 dosis.

Profundizando un poco más en lo anterior, ya en febrero del 22, las reclamaciones por lesiones provocadas por los sueros experimentales en el Reino Unido se hablaba de que podrían alcanzar los 110 millones de libras esterlinas (147.6 millones de dólares estadounidenses) y eso solo de 1000 solicitudes de compensación presentadas.

En los más de 40 años que lleva funcionando el programa, se han pagado un total de £75 350 000, el equivalente a poco más de $101 millones de dólares. The Times informó que actualmente están pendientes 920 reclamos de lesiones por las "vacunas" antiCovid, lo que ascendería a £ 110 millones, ***£ 35 millones más que el total de 40 años en poco más de un año desde que se implementaron los pinchazos***.

Para aceptarlas, los reclamantes deben haber quedado discapacitados al menos en un 60% por el pinchazo, o se debe determinar que murieron a causa del mismo.

Australia

Según el informe de seguridad publicado el 30 de junio del 22, hasta el día 26 se habían notificado **133 374 casos** de eventos adversos. La TGA identificó **13 informes** en los que la causa de la muerte estaba relacionada con la "vacunación" de **890 informes** recibidos y revisados. 8 se asociaron con casos de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS), 2 se vincularon con el síndrome de Guillain-Barré (GBS), 2 se relacionaron con afecciones muy raras que involucran el sistema nervioso y uno fue un caso de trombocitopenia inmune (ITP).

Hasta esa fecha, habían recibido alrededor de **4200 informes** en **chicos de 12 a 17 años**.

La TGA también está monitoreando de cerca los informes de eventos adversos en niños de 5 a 11 años. Hasta el 26 de junio de 2022, habían recibido alrededor de **1550 informes** en **niños de 5 a 11 años**.

Habían recibido aproximadamente **8540 informes** de sospechas de eventos adversos identificados después de una **dosis de refuerzo**.

Hasta el 26 de junio de 2022, la TGA recibió **585 informes** que se evaluaron como **probables de miocarditis**.

La base de datos del gobierno australiano para reacciones adversas rastrea 78 vacunas diferentes durante los últimos 20 años, con un total de 47 muertes después de la vacunación durante los años 2000 a 2020. **En 2021, solo para las "vacunas" Covid-19, ya se habían registrado un total de 524 muertes**

después de las inyecciones antiCovid-19, _más de 10 veces el total de los últimos 20 años_.

El Centro Nacional de Inmunización e Investigación (NCIRS) de Australia lidera actualmente una colaboración con el gobierno de Australia conocida como AusVaxSafety. El grupo ha estado llevando a cabo una vigilancia activa de las "vacunas" Covid-19 en uso en Australia para "garantizar su seguridad continua". Hasta el 16 de agosto de 2021, más de 1.4 millones de australianos habían participado en la vigilancia completando más de 2.4 millones de encuestas de seguridad, describiendo su experiencia después de la "vacunación" Covid-19 y los resultados publicados muestran lo siguiente, por suero:

Pfizer

Después de la primera dosis de la "vacuna" Pfizer, 1 007 479 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la "vacuna". Los resultados muestran que el 37.2% informó haber tenido una reacción adversa. El 0.5% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la "vacunación" debido a una reacción adversa. Esto equivale a 5037 personas. Mientras que el 6.7% de los participantes informaron que faltaron al trabajo, al estudio o a las tareas de rutina durante un período corto, lo que significa que 67 501 personas no pudieron realizar sus actividades diarias después de su primera dosis de la inyección de Pfizer ARNm Covid-19.

Después de la segunda dosis de la "vacuna" Pfizer, 770 864 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la "vacuna". Los resultados muestran que el 56.4% informó haber tenido una reacción adversa, un aumento significativo en el porcentaje de personas que informaron haber tenido una reacción adversa después de recibir su primera dosis de la "vacuna" Pfizer. El 1.3% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la "vacunación" debido a una reacción adversa. Esto equivale a 10 021 personas, el doble del número de personas que informaron haber buscado atención médica después de recibir la primera dosis a pesar de que hubo 237 000 participantes menos en la encuesta de la segunda dosis. Sin embargo, un enorme 21.2% de los participantes no pudieron realizar las actividades diarias, es decir, 163 423 personas que informaron que faltaron al trabajo, al estudio o a las tareas de rutina.

AstraZeneca

Después de la primera dosis de la "vacuna" AstraZeneca, 429 723 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la inyección. Los resultados muestran que otro enorme 55.6% informó haber tenido una reacción adversa. El 1% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la "vacunación" debido a una reacción adversa. Esto equivale a 4297 personas. Mientras que el 17.6% de los participantes informaron faltar al

trabajo, al estudio o a las tareas de rutina durante un período corto, lo que significa que 75 631 personas no pudieron realizar sus actividades diarias después de su primera dosis de la "vacuna" Covid-19 de AstraZeneca.

Después de la segunda dosis de AstraZeneca, 199 174 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la "vacuna". Los resultados muestran que el 26.4% informó haber tenido una reacción adversa, una disminución significativa en el porcentaje de personas que informaron haber tenido una reacción adversa después de recibir su primera dosis de la "vacuna" AstraZeneca. El 0.5% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la "vacunación" debido a una reacción adversa. Mientras que el 5.3% de los participantes informaron que faltaron al trabajo, al estudio o a las tareas de rutina durante un período corto, lo que significa que 10 556 personas no pudieron realizar sus actividades diarias después de su primera dosis.

Lo que es de destacar es que la "vacuna" AstraZeneca parece ser mucho más letal después de la primera dosis, mientras que la "vacuna" Pfizer parece ser mucho más letal después de la segunda dosis.

De una población de 6.7 millones de personas, el estado de Victoria tiene actualmente solo 158 personas en el hospital (0.002% de la población) que han dado positivo por Covid-19, y 45 de esas personas están en cuidados intensivos. Un número bajo de casos, hospitalizaciones y muertes que no justifican las restricciones actuales vigentes. Tampoco justifican el lanzamiento de un programa experimental de "vacunación" contra Covid-19 que está demostrando ser más dañino para los australianos que el propio Covid-19. Al menos el 39% de los australianos no han podido realizar sus actividades diarias después de recibir la "vacuna" Covid-19, mientras que de una población de más de 25 millones, solo 1102 personas han muerto con Covid-19 en Australia desde marzo de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2021. Eso es solo el 0.004% de la población.

Las estadísticas de mortalidad de la Oficina Australiana de Estadísticas ("ABS") muestran que nunca hubo una pandemia.

Excepto por un breve período en 2020, del 29 de marzo al 12 de abril, el número de muertes por todas las causas rara vez se aventuró fuera del rango habitual alto-bajo durante los cinco años anteriores; cuando lo hicieron, el número fue en realidad más bajo que el promedio de los cinco años.

Luego, ***en marzo de 2021 las muertes comenzaron a aumentar hasta que en abril superaron el pico de marzo / abril de la "pandemia de 2020". Dos meses antes de que las muertes de 2021 alcanzaran los niveles de "pandemia" de 2020, Australia había lanzado su campaña de inyección antiCovid***.

Habrá quienes afirmen que la llamada "pandemia de Covid" habría sido "peor" si los gobiernos no hubieran respondido como lo hicieron, sin restringir nuestros derechos y libertades. Pero ***muchos estudios, científicos y médicos han***

refutado que cualquiera de las respuestas (como el cierre de negocios, cierre de escuelas, órdenes de "quedarse en casa", distanciamiento social, mascarillas, pruebas de PCR) para controlar "la propagación del virus" pudiera tener algún impacto positivo en cualquier virus que circule en una población.

La brecha de 2020 y 2021 fue notable por dos razones:

En primer lugar, durante 2020 dijeron que había una pandemia mundial. ***Una pandemia debería causar entre 5 y 50 veces más muertes de lo habitual. Aunque debe tenerse en cuenta, el número de muertes durante 2020 fue marginalmente más alto (3.6%) que el promedio de los 5 años anteriores, pero ciertamente no se acercaron a los niveles de pandemia***, en pocas palabras, no hubo pandemia en Australia durante 2020.

En segundo lugar, en 2021 se lanzó una llamada "vacuna" anti-Covid. Dijeron que esta inyección evitaría enfermedades graves y la muerte, algunas "vacunas" afirman tener una eficacia de más del 90%. Sin embargo, durante los primeros seis meses de 2021, en comparación con 2020, hubo 2087 (3%) más muertes. ***Más muertes en un año durante el cual hubo "vacunación" masiva que en el año de una pandemia mundial mortal***.

Si hubiera una pandemia ***y las "vacunas" fueran "seguras y eficaces", esperaríamos que las estadísticas mostraran entre 5 y 50 veces menos muertes***. Basándonos en el total de 70 mil muertes de la "pandemia de 2020" de seis meses, esperaríamos, como conjetura conservadora, salvar una o doscientas mil vidas. El número real, ya sea la mitad, una, dos o tres veces las muertes habituales, se vuelve irrelevante ya que hay un promedio "prepandémico" de 67 mil muertes al año. No es posible tener muertes negativas y ningún gobierno o sus asesores podrían convencer a una persona cuerda de que un país podría tener cero muertes por todas las causas en un dado, incluso con una "vacuna" milagrosa.

El exceso de muertes de 2021 fue lo suficientemente grande como para ser notable en el total de muertes por todas las causas semestrales. Mencionamos anteriormente que, en general, 2020 fue 3.6% más alto que el promedio de los cinco años anteriores y 2021 fue un 3% más alto que 2020. De ello se deduce que 2021 fue 6.7% más alto que el promedio de cinco años de 2015-19. ***Si alguna vez hubo una pandemia durante 2020, sus efectos se han duplicado en 2021***.

Los datos oficiales hechos públicos por el gobierno australiano muestran que a mediados de octubre de 2021, Australia había sufrido oficialmente más muertes debido a las "vacunas" Covid-19 que la enfermedad contra la que se suponía que debían protegerse.

Las estadísticas muestran que la primera inyección antiCovid-19 se administró en Australia el 21 de febrero de 2021. En este punto, Australia había registrado 909

supuestas muertes por Covid-19, un número que no había aumentado desde el 29 de diciembre de 2020, y no volvió a aumentar hasta el 13 de abril de 2021.

Una búsqueda en la Base de Datos de Notificaciones de Eventos Adversos alojada por el Departamento de Administración de Productos Terapéuticos de Salud (TGA) del Gobierno de Australia para las reacciones adversas debidas a las "vacunas" Covid-19 muestra que hasta el 14 de octubre de 2021 se habían notificado un total de 72 808 eventos adversos. Esto incluye 602 muertes.

Las estadísticas muestran que para la misma fecha, el 14 de octubre de 2021, Australia había registrado 1496 supuestas muertes por Covid-19. Lo que significa que se habían registrado 587 muertes por Covid-19 desde el 21 de febrero de 2021, cuando se administró la primera "vacuna" Covid-19 en Australia.

Esto significa ***que entre el 21 de febrero de 2021 y el 14 de octubre de 2021, quince personas más habían muerto debido a las "vacunas" Covid-19 de las que habían muerto por la supuesta enfermedad contra la que se supone que las "vacunas" protegen a las personas***.

Pero lo que también es interesante observar a partir de los datos oficiales es que el reinicio repentino de las muertes por Covid-19 en Australia parece correlacionarse con la cantidad de segundas dosis de la "vacuna" Covid-19 administradas.

Sin embargo, ésta es probablemente otra coincidencia más para agregar a la larga lista de coincidencias que se han producido desde marzo de 2020.

Por otro lado, los datos publicados por el Regulador de Medicamentos de Australia confirman que ***hubo 12 veces más muertes reportadas como reacciones adversas a las "vacunas" contra la Covid-19 durante un período de solo diez meses que las muertes reportadas como reacciones adversas a todas las demás vacunas disponibles combinadas durante un período de 51 años***.

La Administración de Productos Terapéuticos (TGA) del Departamento de Salud es el regulador de medicamentos del Gobierno de Australia y, como parte del Departamento de Salud, la TGA regula la calidad, el suministro y la publicidad de medicamentos, dispositivos de patología, dispositivos médicos, productos sanguíneos y la mayoría de las otras terapias.

Sin embargo, una solicitud de libertad de información realizada por Doctors for Covid Ethics en febrero de 2021 reveló que ***la TGA nunca vio los datos extremadamente limitados del estudio de la "vacuna" Pfizer mRNA Covid-19 antes de otorgarle la aprobación de emergencia y considerarla segura para ser inyectada en los brazos de los australianos***.

La TGA originalmente intentó suprimir la solicitud de LDI solicitando una extensión de 6 meses en vista de la cantidad de trabajo requerido para responder satisfactoriamente. Pero después de presentar una queja ante la Oficina del

Comisionado de Información, la TGA respondió confirmando que nunca había visto ni solicitado los datos del paciente de Pfizer y simplemente aceptó el informe de Pfizer sobre su estudio como un hecho, a pesar de su historial comprobado de reclamos fraudulentos.

Hasta ese momento, el gigante farmacéutico Pfizer Inc. había sido multado con al menos £3,573,465,793.97p desde el año 2000 por más de 80 ofensas/violaciones. Esto incluye más de 26.1 millones de libras esterlinas en delitos de sobornos y sobornos, 870 millones de libras esterlinas en delitos de reclamaciones falsas y 2500 millones de libras esterlinas en delitos relacionados con la atención médica.

La admisión de la TGA de que nunca han visto los datos de prueba sin procesar para el pinchazo de Pfizer antes de otorgarle la aprobación, y la historia escandalosa de Pfizer de reclamos fraudulentos y sobornos, puede explicar de alguna manera por qué la TGA se ha negado hasta ahora a retirar el Covid-19. Inyecciones que se distribuyeron al público, a pesar de presentar ***8 veces más reacciones adversas y 12 veces más muertes debido a las inyecciones durante un período de 10 meses que las que se han informado con todas las demás vacunas disponibles combinadas desde el 1 de enero de 1971***.

Según la base de datos de TGA, la principal causa de muerte debido a las "vacunas" Covid-19 era en aquel momento un "evento adverso después de la inmunización". La segunda causa principal de muerte ha sido la disnea (dificultad para respirar), seguida de la embolia pulmonar (vaso sanguíneo bloqueado en el pulmón), luego el paro cardíaco y luego el accidente cerebrovascular (ictus).

Pero las principales causas de muerte desde 1971 debidas a todas las demás vacunas disponibles combinadas difieren espectacularmente. Según la base de datos de la TGA, la principal causa de muerte debido a todas las demás vacunas combinadas desde 1971 ha sido la pirexia, que es un aumento de la temperatura corporal/fiebre. Las siguientes dos principales causas de muerte han sido el fracaso de la vacunación y la influenza, seguidas de las convulsiones y luego el error de vacunación.

Estos datos ya planteaban serias dudas en aquel momento sobre por qué las "vacunas" contra la Covid-19 no se habían retirado de la distribución al público cuando solo cuatro "vacunas" separadas para la Covid-19 ***ya habían causado más de 12 veces más muertes en solo 10 meses que las que han causado otras 128 vacunas combinadas durante un período de 51 años***.

Uno de los países del mundo en el que más presión dictatorial se ha ejercido sobre la población para envenenarse es Australia. Las medidas tomadas por el gobierno contra el pueblo utilizando a la policía como brazo armado han sido exageradas y lamentables, llegando a extremos absolutamente distópicos como cuando decidieron encerrar a los niños en un estadio apartando a los padres para que no pudieran ver lo que se hizo con ellos. A principios del 22, el gobierno australiano tuvo que reconocer que había más de 79 000 ***personas que habían sufrido reacciones graves adversas, sobre una población de poco más de veinticinco millones de habitantes***, y que iba compensar a esas personas con

seiscientos mil dólares a repartir, pero solo si habían pasado al menos 1 día en el hospital.

De igual forma, la Oficina de Estadísticas de Australia revelό que Australia ha estado sufriendo ***una gran cantidad de muertes en exceso en comparación con el promedio histórico desde alrededor de octubre de 2021, con cifras que revelan que la cantidad de australianos que perdieron la vida en 2022 es un 18% más alta que el promedio histórico***.

Sin embargo, ***el aumento inusual de muertes no se puede atribuir a Covid-19 porque solo el 6% de todas las muertes en 2022 se han atribuido a la supuesta enfermedad***.

Este gráfico proporcionado por ABS muestra todas las muertes por semana de ocurrencia en Australia desde el 29 de marzo de 2021 hasta el 27 de marzo de 2022 en comparación con el promedio histórico. Como se puede observar, el exceso de muertes comenzó a ocurrir en todo el país alrededor de octubre de 2021, pero ha aumentado exponencialmente desde principios de 2022.

Este gráfico proporcionado por ABS muestra la cantidad de infecciones y muertes por Covid-19 en Australia entre el 29 de marzo de 2021 y el 27 de marzo de 2022. Como se puede observar, las muertes por Covid-19 comenzaron a aumentar a principios de agosto de 2021, antes de alcanzar su punto máximo en octubre, y luego aumentaron exponencialmente desde mediados de enero de 2022. Sin embargo, el aumento significativo no explica el aumento del 18% en exceso de muertes desde principios de 2022.

También se debe tener en cuenta de lo expuesto anteriormente, cómo ***las muertes por Covid-19 eran prácticamente inexistentes en todo el país antes de agosto de 2021***. Sin embargo, a pesar de que millones de australianos fueron "vacunados", luego comenzaron a aumentar. ***El pico de enero es extremadamente preocupante debido a que casi el 80% de los australianos se consideraban completamente "vacunados" contra la Covid-19 en ese momento***.

A pesar de que a día 24 de junio del 22, hay un 84.33% de los australianos completamente "vacunados", ***el país sigue experimentando la mayor ola de muertes que ha afectado a Australia desde el comienzo de la supuesta pandemia en marzo de 2020***.

No son los no "vacunados" los que mueren. El Gobierno de Nueva Gales del Sur ha estado revelando el número de muertes por estado de "vacunación" en una nueva actualización diaria de 'Estadísticas de Covid-19', cuya lista completa se puede encontrar aquí.

Entre el 1 y el 31 de marzo de 22, el Gobierno de Nueva Gales del Sur afirma que, lamentablemente, 195 personas perdieron la vida. Esto es 8 veces más muertes ***que las que ocurrieron durante los primeros tres meses de la pandemia en Nueva Gales del Sur, Australia, en 2020***.

De las 195 personas que lamentablemente perdieron la vida hasta el 22 de marzo, ***solo 31 se consideraron no "vacunadas"***, pero ***incluso esto puede no ser cierto porque el Gobierno de Nueva Gales del Sur todavía considera que una persona no está "vacunada" dentro de los 21 días posteriores a la inyección antiCovid***.

Entonces, si Covid-19 no es el culpable del aumento del 18% en el exceso de muertes en Australia desde el cambio de año, ¿entonces qué es? ¿Podría tener algo que ver con el dramático aumento del Síndrome de Muerte Súbita del Adulto (SADS), que tiene a los médicos "preocupados y desconcertados"?

"SADS es un término general para describir muertes inesperadas en jóvenes", dijo el Royal Australian College of General Practitioners.

Resulta que el término en realidad se usa cuando ***una autopsia no puede encontrar una causa obvia de muerte***, y la razón por la que los médicos luchan por encontrar una causa obvia de muerte es que ahora estamos viendo miles de muertes debido a algo "nuevo" que antes no estaba. ***Lo único "nuevo" que apareció recientemente a escala global es la "vacunación" Covid, lo cual, explica porque el patrón observado en Australia, se repite en todos aquellos países que usan los sueros experimentales y más en aquellos con altas tasas de "vacunación"***.

Todas las respuestas que buscan los médicos para explicar lo que denominan Síndrome de Muerte Súbita del Adulto, están contenidas en datos oficiales del Gobierno correspondiente. Si vamos por ejemplo a al Reino Unido, los datos de un conjunto de datos de la ONS sobre muertes en Inglaterra por estado de "vacunación" que se pueden encontrar aquí muestran que ***las personas de 18 a 39 años "vacunadas" tienen más probabilidades de morir que las personas de 18 a 39 años no "vacunadas"***.

Lo que estas cifras oficiales de la Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido sugieren fuertemente es que ***la "vacunación" contra la Covid-19 mata y aumenta el riesgo de muerte de una persona por cualquier causa***. ***Y este mayor riesgo de muerte no se debe a que muchas personas hayan sido "vacunadas", estas son cifras por 100 000***.

Israel

Si bien las agencias de salud y los principales medios de comunicación aún insisten en que los efectos secundarios de la inyección antiCovid son "raros", los datos del mundo real muestran una historia diferente. Veamos un informe emitido en Israel a este respecto (el original sin traducir se puede descargar aquí). Como se señala en el informe:

"El 20 de diciembre de 2020, se lanzó un programa de "vacunación" en Israel utilizando la inyección de Pfizer para el Covid-19. A fines de marzo de 2021, más de la mitad de la población había sido "vacunada" con dos dosis de la inyección.

La disminución de la inmunidad con el tiempo y la aparición de nuevas variantes condujeron a un aumento renovado de la morbilidad en Israel en el verano de 2021. A fines de julio de 2021, se autorizó una tercera inyección de la inyección (inyección de refuerzo) para todas las personas que habían recibido dos disparos y habían pasado al menos cinco meses desde el segundo disparo.

A partir de la recopilación de datos por parte de los equipos médicos o el autoinforme del público sobre los efectos secundarios en la proximidad temporal (monitoreo pasivo), parece que hay un subregistro; por lo tanto, es importante identificar los efectos secundarios en la proximidad temporal de la vacunación con el refuerzo de manera activa a través de una encuesta dedicada.

Objetivos generales. Determinar la frecuencia de efectos secundarios que aparecieron dentro de los 21-30 días posteriores a la "vacunación" con la tercera inyección de Pfizer (refuerzo) contra Covid-19 entre ciudadanos mayores de 18 años.

Objetivos específicos. Examinar la prevalencia de efectos secundarios en la proximidad temporal al tercer disparo agrupados según edad y género. Examinar el tiempo de inicio relativo a la administración de la inyección y la duración de la misma, y compararlo con los efectos secundarios de inyecciones anteriores".

En total, se contactó con 2894 personas y 2068 aceptaron ser entrevistadas (tasa de respuesta: 71.4%). De esos 2068 individuos potenciados:

- ***El 0.3%*** requirió ***hospitalización por un evento adverso***.
- ***El 4.5%*** experimentó ***uno o más problemas neurológicos*** (2.1% de los hombres y 6.9% de las mujeres), como sensación de hormigueo o picazón, parálisis de Bell, daños en la visión, deterioro de la memoria, daños en la audición, convulsiones, pérdida del conocimiento y más.
- ***El 9.6% de las mujeres menores de 54 años*** experimentaron ***irregularidades menstruales. De ellos, "el 39% sufrió efectos secundarios similares después de las inyecciones anteriores contra la Covid-19; sin embargo, la mayoría (67%) indicó que los efectos secundarios disminuyeron antes de la tercera dosis y regresaron después de recibirla***".
- ***El 26.4% de las personas con trastorno de ansiedad o depresión preexistentes experimentó un*** empeoramiento ***de sus síntomas***.
- ***El 24.2% de las personas con trastornos autoinmunes preexistentes*** experimentó ***una exacerbación de la enfermedad***.

Entre el 6.3% y el 9.3% de las personas con presión arterial alta preexistente, enfermedad pulmonar, diabetes y enfermedad cardíaca también informaron ***que su condición se exacerbó después del tercer refuerzo***. Un pequeño número de mujeres, pero ningún hombre, también

informó infecciones por herpes (0.4% por infecciones por herpes simple y 0.3% por herpes zoster). Otras conclusiones clave de este informe israelí son que:

- ***Los efectos secundarios son más*** comunes ***entre las mujeres y los jóvenes***, ***1 de cada 10 mujeres sufre irregularidades menstruales***.
- ***Los efectos secundarios neurológicos*** generalmente no aparecen hasta ***aproximadamente un mes después de la inyección***.
- En la mayoría de los casos, la aparición de un efecto secundario determinado no fue más grave después de la tercera inyección en comparación con las dos dosis anteriores. Dicho de otra manera, ***la gravedad de los efectos secundarios tiende a ser la misma, independientemente de la cantidad de dosis, por lo que estos hallazgos quizás también se puedan aplicar a las dosis 1 y 2***.

Otras fuentes-otros análisis de las bases

Un centro colaborador de la OMS dedicado a la monitorización de efectos secundarios de medicamentos en todo el mundo, ofrecidos por organismos oficiales, registraba ya en octubre del 21, más de 2 200 000 casos provocados por las inoculaciones. Según Wikipedia, Uppsala Monitoring Centre (Centro de Monitoreo Upsala), es un centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud que se encarga del monitoreo internacional de drogas. UMC trabaja recopilando, evaluando y comunicando información de los centros nacionales de farmacovigilancia de los países miembros con respecto a los beneficios, daños, efectividad y riesgos de los medicamentos. Uppsala Monitoring Centre tiene en su web un apartado donde se recogen todos los reportes de efectos secundarios de cualquier medicamento, se llama ‘VigiAccess‘. Para buscar esos efectos secundarios no hay más que poner en el buscador el medicamento que se quiere monitorear. En este caso, se buscaron las distintas marcas comerciales de las vacunas del coronavirus: Comirnaty (Pfizer), Spikevax (Moderna) y Vaxzevria (AstraZeneca).

Los datos encontrados son absolutamente demoledores. Los efectos secundarios registrados, recordemos que datos oficiales de los centros nacionales de farmacovigilancia de todos los países miembros, registraban en ese momento 2 201 851 casos de efectos secundarios después de las inoculaciones. Datos aportados por gobiernos, esos que dicen que los beneficios son mayores que los riesgos. Observemos el porcentaje, con respecto a la suma total, de los efectos secundarios en los continentes en los que, digamos, hay países más desarrollados, como por ejemplo Europa:

- África: 60 014 casos, 3% sobre el total.
- **América: 829 598 casos, 38% sobre el total**.
- Asia: 136 272 casos, 6% sobre el total.
- **Europa: 1 108 803 casos, 50% sobre el total.**

- Oceanía: 67 164 casos, 3% sobre el total.

Las distribuciones por grupos de edad son las siguientes:

- 0-27 días: 301
- 28 días a 23 meses: 1327
- 2-11 años: 1580
- 12–17 años: 31540
- 18–44 años: 866 558
- 45–64 años: 691 374
- 65–74 años: 211 170
- ≥ 75 años: 142 135
- Desconocido: 255 866

Por otro lado, también en octubre del 21, se analizaron las estadísticas de "Our World in Data" para Covid durante la temporada de gripe, combinadas con la cobertura de vacunación contra la gripe para la temporada de gripe 2019-2020, y se obtuvo una excelente visión de cuán letales son realmente las inyecciones de Covid. ***Las vacunas contra la gripe causaron 31 muertes, donde las "vacunas" Covid causaron 5408 muertes. Esa es una probabilidad de 1 en 31 000 personas de morir por una inyección antiCovid. Eso significa que el riesgo de morir a causa de una "vacuna" Covid es aproximadamente 175 veces mayor que el de recibir una vacuna contra la gripe multidosis***.

Además, se observa ***el mismo número de reacciones adversas de las vacunas contra la gripe que de las "vacunas" Covid, llegando a más de 167 000 eventos adversos, muchos de los cuales son muy graves y vienen con discapacidades a largo plazo, si no permanentes, y detrimento de la salud***. Debido a estas reveladoras informaciones, ***los CDC recurrieron a clasificar las muertes inducidas por "vacunas" como "muertes no vacunadas", diciendo que los efectos de la "vacuna" necesitan dos semanas para surtir efecto***.

Los CDC y la FDA afirmaban que podíamos ignorar con seguridad el enorme aumento en las tasas de eventos informados al sistema VAERS ese año. Afirmaban que la propensión a informar (PTR) era mucho mayor ese año y que todos los eventos (con la excepción de unos pocos) eran simplemente informes de eventos de fondo que no fueron causados por las "vacunas".

Solo hay un pequeño problema con esa explicación: ***hay un documento de los CDC que prueba que están mintiendo***. A continuación, mostraré que incluso si creyéramos todo lo que dijeron, no puede explicar todas las muertes y los

eventos adversos graves. ***Los datos simplemente no se ajustan a su hipótesis***. En absoluto.

La realidad es que las "vacunas" son extremadamente peligrosas y deben detenerse de inmediato, no con luz verde como han hecho los organismos reguladores. Todos los mandatos de "vacunas" deben rescindirse. Matan ***muchas más personas de las que teóricamente salvan***.

Hay un artículo escrito por cinco autores de los CDC: "La sensibilidad de los informes del Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) para la anafilaxia y el síndrome de Guillain-Barré", que se publicó hace un año en la literatura científica revisada por pares.

El documento afirma que los eventos adversos graves en el pasado han sido reportados como máximo por un factor de 8.3 (conocido como el factor de reporte insuficiente (URF)).

Esto significa que en el mejor escenario posible, donde hay informes completos (es decir, donde el URF = 1 y el PTR, definido como el URF promedio / URF actual, es 8.3), una tasa de notificación de eventos adversos graves es 8.3X mayor que la tasa de notificación anterior para ese síntoma podría ignorarse con seguridad simplemente debido a una mayor propensión a informar la tasa de eventos de fondo que ocurren naturalmente.

Si bien, en teoría, podría tener un URF <1, esto es poco probable, ya que el HHS verifica todos los registros antes de que se incluyan en la base de datos y elimina los duplicados. Hay errores que suceden pero son menores. Entonces, el URF mínimo sería 1 y sería casi imposible de lograr desde un punto de vista práctico.

Aquí está el problema. Ese año, con las "vacunas" Covid, ***había una gran cantidad de eventos adversos graves que se informan a una tasa que es más de 8.3 veces más alta que en años anteriores***. De hecho, casi todos los eventos graves que se han investigado se elevaron con respecto a años anteriores en significativamente más que esto.

El evento adverso grave más sorprendente era el de la embolia pulmonar (EP). El número promedio anual de informes de EP por año en VAERS para todas las vacunas era 1.4. Así que esperaríamos ver como máximo 11.6 eventos de EP ese año según el sistema de creencias de la FDA y los CDC. Un pequeño problema: con las "vacunas" Covid, hubo 1131 informes, ***casi un aumento de 100 veces en el escenario del "mejor de los casos"***, que coincide con la cantidad de subregistro indicado por el informe Lazarus.

El aumento de informes no se debe a un aumento de las tasas de vacunación, como explicaron en este artículo que muestra un historial tasas de vacunación entre varios grupos de edad.

En otras palabras, incluso si compramos totalmente el argumento de la FDA y los CDC (que nunca justificaron con análisis o datos) de que el URF = 1 este año,

todavía significa que el 99% de los informes de embolia pulmonar (EP) son inexplicables. Deben ser causados por "algo" y ese algo tiene que ser muy grande y tiene que estar correlacionado con la administración de la "vacuna" porque la tasa de notificación de EP se correlacionó con la administración de la "vacuna".

Si estos eventos de EP no fueron causados por la "vacuna", ¿qué los causó? Nadie puede explicar eso. Nadie intenta ni siquiera explicarlo. Nadie quiere ni siquiera hablar de eso.

Si usamos la misma metodología utilizada por los CDC en su documento para determinar el factor de subregistro real para este año, pero usamos una referencia mucho más precisa, encontramos que ***la mejor estimación para el URF mínimo es 41***. Para eventos menos graves, usaría un número más alto, ya que es mucho menos probable que los trabajadores de la salud y los consumidores informen eventos menos graves. Por lo tanto, usar 41 es siempre "seguro" en el sentido de que no sobrestimará ningún evento.

El propio estudio de Fase 3 de Pfizer mostró que ***se evita solo 1 muerte por Covid por cada 22 000 personas que "vacunamos"*** (ver la Tabla S4 en el suplemento para saber que 2 personas murieron por Covid que no estaban "vacunadas" y 1 persona murió por Covid que recibió el "vacuna", por lo que se salvó solo 1 vida).

Se había "vacunado" completamente casi 220 millones de estadounidenses en aquel momento, lo que significa que se podían salvar aproximadamente 10 000 vidas de Covid según el estudio de Pfizer, que es la información más definitiva que tenemos (ya que los "científicos reales" SOLO confían en los datos de los ensayos controlados aleatorios doble ciego). Sin embargo, los datos de VAERS mostraban que más de 150 000 estadounidenses habían fallecido con la "vacuna" para lograr ese objetivo.

En otras palabras, ***las "vacunas" matan a 15 personas por cada vida Covid que pudiera salvar*.** Aunque realmente, es peor que eso porque el estudio de Pfizer se realizó antes de la supuesta variante Delta. La "vacuna" de Pfizer fue desarrollada para la variante Alpha, que supuestamente, era menos "peligrosa" que la Delta. Entonces, las cifras son aún más extremas.

Cuando aplicamos el URF adecuado a los datos de miocarditis, ya encontrábamos en aquel momento que la miocarditis pasaba de un evento "raro" a un evento común. Usando datos de los CDC y aplicando el URF correcto, ***para niños de 16 años, la*** tasa ***de miocarditis era de 1 en 317***.

Además, en cuanto a eso que nos vendían y siguen vendiendo de que si produce, la miocarditis es "leve", según los cardiólogos como el Dr. Peter McCullough, ***no existe la miocarditis leve*** (ver este apartado y éste). Siempre que tienes un evento que lleva a un adolescente al hospital, eso es problemático. De hecho, los niveles de troponina pueden llegar a niveles extremos y permanecer elevados durante meses. La troponina es un marcador de daño cardíaco. A diferencia de un ataque cardíaco, los niveles son mucho más altos y permanecen elevados durante

mucho más tiempo. ***El daño que se produce suele ser permanente y puede provocar la muerte en 5 años***.

No son solo unos pocos síntomas los que se elevan. Hay miles de ellos. ***Si no lo matan, puede quedar discapacitado de por vida, incluso después de usar los medicamentos adecuados para librarse de los efectos dañinos de las "vacunas"***.

Según las estadísticas de mortalidad por todas las causas ajustadas por el crecimiento de la población, ***el número de estadounidenses que habían muerto entre enero de 2021 y agosto de 2021 era un 14% más alto que el de 2018, el año anterior a Covid con la mortalidad por todas las causas más alta y un 16% más alto que la tasa de mortalidad promedio entre 2015 y 2019***.

En una serie de dos partes, Matthew Crawford del Rounding the Earth Newsletter, examinó en agosto del 21 las estadísticas de mortalidad antes y después del lanzamiento de las inyecciones de Covid. **La** "vacuna" **Covid mató a unas 1018 personas por cada millón de dosis administradas durante los primeros 30 días de la campaña europea de "vacunación".**

Al contar solo las muertes categorizadas como muertes por Covid-19, ***se estima que el número de muertes por las inyecciones es de entre 200 y 500 muertes por millón de dosis administradas***. Con 4 mil millones de dosis administradas en todo el mundo, eso significa que ya en aquel momento, ***de 800 000 a 2 millones de las llamadas "muertes por Covid-19" podían ser de hecho muertes inducidas por "vacunas"***.

Crawford continuó analizando datos de países que tenían una absorción sustancial de "vacunas" y, al mismo tiempo, tenían tasas muy bajas de Covid-19. De esta manera, se puede tener una mejor idea de si las inyecciones antiCovid podrían ser responsables del exceso de muertes, a diferencia de la infección en sí.

Identificó 23 países que se ajustan a este criterio, lo que representaba 1880 millones de personas, aproximadamente una cuarta parte de la población mundial. Antes de que se implementaran las inyecciones de Covid, estas naciones informaron un total de 103.2 muertes relacionadas con Covid por millón de residentes. Cinco naciones tuvieron más de 200 muertes por Covid por millón, mientras que siete tuvieron menos de 10 muertes por millón.

Al 1 de agosto de 2021, el 25.35% de los habitantes de estas 23 naciones habían recibido una inyección de Covid y el 10.36% se consideró completamente "vacunado". En total, se habían administrado 673 millones de dosis. Con base en estos datos, Crawford estimó que ***la tasa de mortalidad en exceso por millón de dosis de "vacuna" era 411, muy dentro de la ventana del rango de 200 a 500 que calculó*****.**

Igualmente intrigante fue el hallazgo de que ***la cantidad de casos nuevos de Covid (es decir, pruebas positivas) después del inicio de la campaña de***

inyecciones de "vacunas" era 3.8 veces mayor que antes del lanzamiento de las inyecciones, y la tasa diaria de muerte por Covid era 3.82 veces mayor.

Marruecos y Arabia Saudita fueron los únicos dos países en los que la tasa de casos y las tasas de mortalidad por Covid disminuyeron después de que comenzó la campaña de vacunación. "Si las muertes se escalaron en 3.82 debido a las vacunas, entonces hubo un exceso de 276 465 muertes durante este período de tiempo", escribe Crawford.

Realiza una serie de ajustes para eliminar los valores atípicos que podrían sesgar los conjuntos de datos. Después de eliminar a las naciones con más de 100 muertes por Covid por millón antes de su programa de "vacunación" (para evaluar el impacto de las inyecciones solamente), se le ocurrieron 13 países con una población combinada de 354 millones.

El número de dosis administradas en estos 13 países era similar al de la cohorte original. El número ajustado de muertes en exceso por millón era de 318, que todavía estaba dentro del rango de 200 a 500 por millón.

Sin embargo, sorprendentemente, ***el número de muertes por Covid en estos 13 países era 11.61 veces mayor después de la "vacunación", en comparación con antes de que se implementaran los pinchazos. ¡En cinco de los 13 países, un enorme 90% de sus muertes por Covid-19 se habían registrado después de que comenzaron sus campañas de "vacunación"! Esto borra cualquier fantasía de que las inyecciones de realmente estén ayudando***.

"A primera vista, estos resultados refuerzan el caso de que las vacunas experimentales están matando gente", escribió Crawford. "Por lo menos, ésta es una señal más dramática de falta de seguridad que debería impulsar a las autoridades que se preocupan por nuestra salud a venir a la mesa para discutir cómo refinar los datos que no están analizando que nadie sepa.

"Más preocupante es que muchas de estas naciones, ubicadas principalmente en Asia, parecían no tener ninguna susceptibilidad a la pandemia antes de la 'vacunación'".

"Mientras tanto, las autoridades sanitarias todavía parecen no tener problemas con la falta de informes de riesgos o análisis de riesgos y beneficios realizados por cualquiera de los fabricantes de 'vacunas' o cualquier otra persona. Esto me parece una de las peores señales en mi vida de que las corporaciones se hayan apoderado del gobierno en un nivel esencialmente completo".

A finales del 21, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos decía que tenía más de 30 000 reportes ***espontáneos de hospitalizaciones o muertes entre las personas que ya tenían su esquema de "vacunación" completo***. Además, los datos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid demuestran que ya en aquel momento, 300 000 beneficiarios

"vacunados" habían ingresado al hospital con infecciones graves y el 60 % de las personas mayores de 65 años hospitalizadas por Covid-19 ya se habían "vacunado".

En agosto del 21, los propios datos del gobierno revelaban que al menos había 150 000 muertos en Estados Unidos después de las "vacunas" Covid-19. El análisis de la base de datos del Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) se puede utilizar para estimar el número de muertes en exceso causadas por las "vacunas" Covid. Un análisis simple mostraba que ***era probable que más de 150 000 estadounidenses ya hubieran muerto por las "vacunas" Covid actuales a 28 de agosto de 2021***. La Dra. Jessica Rose, hizo un análisis independiente de un solo evento VAERS, uno que la FDA y los CDC admitieron que fue una reacción adversa basada en ensayos (anafilaxia) antes de que se autorizaran las inyecciones y luego analizó estudios independientes que informaron de la tasa de anafilaxia para determinar el porcentaje real, en comparación con lo que realmente se informa en VAERS. Lo que encontró fue que la anafilaxia estaba siendo reportada por 41X en VAERS. Tomando esa variable y luego aplicándola a otros eventos, como la muerte, llegó a la cifra de 150 000 muertos.

Para que entendamos la gravedad y a modo de ejemplo, hasta el 10 de septiembre se habían registrado en VAERS 1614 muertes fetales después de inyecciones de "vacunas" Covid-19 a mujeres embarazadas. ***Si utilizamos la fórmula de la doctora Rose, significaría que una estimación conservadora del número real de muertes fetales sería de 66 174 cuando a sus madres se les inyecta el suero antiCovid-19. Además de las muertes fetales, también sabemos que había*** 96 ***casos registrados en los que un niño amamantado resultó dañado después de que la madre lactante recibiera la inyección. Nuevamente, si multiplicamos ese número por 41X, una estimación conservadora, ya en aquel momento, sería aproximadamente 3936 eventos adversos en los bebés que son amamantados cuando se inyecta a sus madres***.

La Dra. Jessica Rose realizó otra presentación basada en su análisis de los datos del VAERS de los CDC y la FDA, en este caso ante el Consejo Mundial de Salud, y su análisis de los datos en VAERS reveló que en 2021 hubo ***un aumento del 5427% en las muertes después de las inyecciones de Covid-19 y un aumento del 1373% en las reacciones adversas después de las "vacunas" en comparación con todas las demás vacunas administradas durante los últimos 10 años.***

De igual forma, ***se constató que estas mal llamadas "vacunas", son las más peligrosas de la*** *historia* ***según los propios datos de los CDC y VAERS. Se registraron*** *2.5 veces más muertes* ***después de las inyecciones de las "vacunas" Covid-19 durante los primeros 10 meses (desde que se autorizó el uso de emergencia de las inyecciones antiCovid-19), que las muertes registradas después de TODAS las vacunas durante los últimos 30 años. Los*** *propios datos de Pfizer* ***muestran que las "vacunas" matan a más*** *personas* ***de las que salvan*****.**

Según lo expuesto, es obvio que ya en aquel momento, ***se cumplían los criterios de*** [Bradford Hill] y se siguen cumpliendo***: las "vacunas" antiCovid provocan la muerte*****.** El criterio de causalidad de Bradford Hill, es una de las formas en que podemos determinar en realidad que las "vacunas" matan a las personas. No se trata de coincidencias:

"La primera pregunta que nos haríamos es: "¿La 'vacuna' tiene algún mecanismo de acción, un mecanismo de acción biológico, que realmente pueda matar a un ser humano?' ¡Y la respuesta es sí! Porque todas las "vacunas" utilizan mecanismos genéticos para engañar al cuerpo para que produzca la proteína Spike letal del virus.

Es muy posible que algunas personas absorban demasiado ARN mensajero; producen una proteína Spike letal en órganos sensibles como el cerebro o el corazón o en cualquier otro lugar. La proteína Spike daña los vasos sanguíneos, los órganos y además provoca coágulos de sangre. Por lo tanto, está dentro del mecanismo de acción que la "vacuna" pueda ser fatal.

Alguien podría tener un coágulo de sangre muy peligroso. Podrían tener miocarditis fatal. La FDA tiene advertencias oficiales de miocarditis. Tienen advertencias de coágulos de sangre. Tienen advertencias de una afección neurológica fatal llamada síndrome de Guillain-Barré. Entonces, las advertencias de la FDA y el mecanismo de acción dicen que es posible.

El segundo criterio es: "¿Es un efecto significante?" ¡Y la respuesta es sí! Esto no es algo sutil. No son 151 en comparación con 149 muertes. Son miles de muertes. Entonces, es un efecto muy grande.

El tercer criterio es: "¿Existe consistencia interna?" "¿Ve cosas que podrían ser fatales en el VAERS?" ¡Sí! Vemos ataques cardíacos. Derrames cerebrales. Miocarditis. Vemos coágulos de sangre. Entonces, sí existe consistencia interna.

¿Existe consistencia externa?' Ese es el siguiente criterio. Bueno, si analiza el MHRA, el sistema de tarjetas amarillas en Inglaterra, se encontró justo lo mismo. En el sistema EudraVigilance en [Europa] se encontró lo mismo.

Entonces, cumplimos con todos los criterios de Bradford Hill. Podemos afirmar que ***la "vacuna" antiCovid-19, desde una perspectiva epidemiológica, causa estas muertes o una gran fracción***.

Otra estadística que encontró que aproximadamente *una de cada 324 personas que recibieron una inyección antiCovid-19 informó un evento adverso*. 23andME, una empresa privada que analiza el ADN de las personas utilizó la información de 100 000 participantes y determinó que ***la segunda dosis de la "vacuna" de Moderna es la que causa el mayor número de reacciones***. Para el estudio, los participantes respondieron tres preguntas. De todas las personas que respondieron, el 44% dijo que se había puesto la "vacuna" de Pfizer y el 38% la "vacuna" de Moderna. Casi la mitad dijo que no había tenido ningún tipo de reacción, mientras que el 40% sintió molestias leves y el 10 % se

sintió muy mal. Otros hallazgos incluyen: ***La mayoría de las personas reportaron síntomas con la segunda dosis de la "vacuna" de Moderna*** (85%). La "vacuna" de Moderna también tuvo la mayor cantidad de personas que se sintieron mal o muy mal. El 9% de las personas que su pusieron la "vacuna" de Pfizer se sintieron mal o muy mal. ***Las personas que ya habían tenido Covid y se "vacunaron", tuvieron una probabilidad*** 30% ***mayor de sufrir eventos adversos o de sentirse mal o muy mal***.

Otros aspectos a considerar en el análisis de los datos

Llegados a este punto, para una interpretación global de la información de las bases de datos, es conveniente hablar del exceso de muertes (se desarrollará más adelante en otro apartado).

Para llegar a la verdad sobre dicho exceso de muertes, es importante hacer una distinción crítica definiendo dos clases de muertes:

Clase 1. Los efectos directos de una pandemia son dobles.

Se necesita mayor atención para evaluar la magnitud de las muertes por infección por Covid. Estos **incluyen casos de avance que son infecciones por Covid a pesar de la "vacunación" completa. El otro impacto directo son las muertes por "vacunas" Covid**.

Clase 2. La segunda clase es muy diferente. **Son impactos indirectos en la salud que resultan de acciones distintas a las acciones médicas directas destinadas a abordar la Covid**.

Éstas son las muchas muertes colaterales que **resultan de los controles de contagio severos utilizados por los gobiernos federales y estatales, especialmente los encierros, los mandatos de permanecer en el hogar, el acceso limitado a hospitales y médicos, el cierre de escuelas, la pérdida de empleos, las restricciones de viaje y los impactos generalizados en la libertad personal y médica**.

Estos muchos impactos indirectos causan un gran número de muertes en toda la población. **Son los daños colaterales provocados por las acciones autoritarias del gobierno pandémico, pero no las infecciones ni las "vacunas" Covid. Se hacen, supuestamente, en nombre de la salud pública. Son provocados por todos los sistemas de salud pública para hacer frente a la "pandemia"**.

Para ser claros, las muertes directamente asociadas con las infecciones por Covid cubren una variedad de situaciones. Las agencias gubernamentales informan muertes relacionadas con Covid. Esa palabra "relacionado" es muy importante, porque probar la causalidad ha resultado polémico. La mayoría de los médicos ven causalidad cuando las muertes ocurren poco después de los síntomas de COVID o de un resultado positivo de la prueba.

Hay razones por las que existen preocupaciones y críticas legítimas sobre los datos oficiales de muerte de Covid. Todo se reduce a qué criterios se utilizan para declarar una muerte como causada por Covid o simplemente, de alguna manera, relacionada con la infección.

Las agencias federales y estatales de los Estados Unidos, en su mayor parte, han sido muy liberales al declarar las muertes como Covid. Esto ha sido el resultado de incentivos financieros, motivaciones políticas (mantener el temor público y la aceptación de las acciones gubernamentales autoritarias) y la orientación procesal del gobierno.

En la última categoría se encuentran **las pautas de los CDC para los certificados de defunción emitidos en marzo de 2020 que reemplazaron una práctica utilizada durante los 17 años anteriores. Este cambio permitió a los médicos, examinadores médicos y forenses dar menos importancia a todo tipo de problemas de salud que contribuyan a una muerte y, si había alguna evidencia de infección por el virus Covid en las pruebas (antes o después de la muerte) o síntomas, declarar una muerte como debida a la Covid**.

En otras palabras, ***muchas personas, especialmente los ancianos, podrían haber muerto con Covid pero NO de Covid***. Es posible que hayan muerto por sus problemas médicos subyacentes y el sistema inmunológico debilitado más que por los efectos directamente asociados con la infección por Covid. Algunos mueren porque se les ha administrado el remdesivir, un fármaco aprobado, muy caro, que causa problemas agudos de hígado y riñón, y tiene una tasa de muerte de más del 25%. Sin embargo, sus muertes van a la columna de muertes de Covid.

Por otro lado, está la opinión de que algunas personas han muerto a causa de la infección por Covid, pero su muerte no ha sido declarada oficialmente como una muerte por Covid. Lo más probable es que hayan sido personas que murieron en casa sin atención médica. Es difícil creer que el número de muertes en esta clase pueda explicar un gran exceso de muertes. ¿Por qué? Porque las personas que mueren a causa de una supuesta infección por Covid, casi siempre experimentan síntomas graves a medida que pasan de la etapa uno de replicación viral a las etapas dos y tres cuando se atacan órganos vitales, especialmente problemas respiratorios. Por lo general, estos hacen que busquen atención médica, generalmente hospitalización, donde ocurren tantas muertes por Covid.

No debe descartarse la realidad de que muchas muertes por Covid se han adelantado a una serie de muertes que ocurren normalmente, como la gripe estacional y muchos tipos de accidentes en una población más móvil. Estos últimos están incluidos en los datos de muerte de Covid. No explican el exceso de muertes. En todo caso, reducen el exceso de muertes no relacionadas con la infección.

Al buscar la verdad sobre el exceso de muertes, es más importante reconocer los innumerables impactos indirectos de la pandemia, que no se informaron

cuantitativamente, sobre la salud y la muerte de un gran número de personas que en realidad no tenían un riesgo significativo de infección por Covid.

Las muertes han resultado, por ejemplo, **de personas que no** [reciben](#) **la atención médica normal antes de la pandemia desde el tratamiento hasta la prevención y sufren de estrés mental extremo (a menudo empujando la adicción y el suicidio) causado por condiciones de vida anormales y condiciones económicas negativas**. A diferencia de las muertes pandémicas directas, apenas existe una tabulación útil de los impactos de las muertes pandémicas indirectas por parte de las agencias gubernamentales. ***<u>En nombre de la salud pública, las agencias gubernamentales han tenido un impacto dañino en la vida de casi todos los ciudadanos</u>***.

Es importante centrarse en las muchas causas de muertes inducidas por las "vacunas" y muertes colaterales que no son el resultado de la infección viral. Ahora existen explicaciones médicas ampliamente reconocidas de las muertes inducidas por "vacunas", incluida una amplia gama de [problemas sanguíneos graves](#).

Impactos indirectos en la salud

Un [estudio](#) de marzo de 2021 examinó cómo la pandemia causó impactos en la salud no infecciosos y dejó en claro que no se pueden ignorar.

"La pandemia de Covid-19 y los esfuerzos globales para contener su propagación, como los pedidos para quedarse en casa y los cortes de transporte, han **<u>creado nuevas barreras para acceder a la atención médica, lo que ha dado lugar a cambios en la prestación y utilización de servicios a nivel mundial</u>**".

"Se incluyeron ciento setenta estudios en el análisis final. Casi la mitad (46.5%) de los estudios incluidos se centraron en los resultados de salud cardiovascular. Las principales metodologías utilizadas fueron la analítica observacional y las encuestas. Los datos se obtuvieron de establecimientos de salud individuales, redes multicéntricas, registros regionales y sistemas nacionales de información de salud. La mayoría de los estudios se realizaron en países de ingresos altos y solo el 35.4% de los estudios representan países de ingresos bajos y medianos".

"***<u>La utilización de la atención médica para afecciones distintas de Covid-19 ha disminuido casi universalmente, tanto en países de ingresos altos como bajos</u>***. **El impacto de la pandemia en los resultados de salud no relacionados con Covid-19, en particular para las enfermedades crónicas, puede tardar años en manifestarse por completo y debería ser un tema de estudio en curso**".

Un [artículo](#) de noviembre de 2020, "pronosticó ***<u>más de 100 000 muertes en exceso debido a sobredosis de drogas, suicidio, alcoholismo, homicidio y depresión no tratada, todo como resultado no del virus sino de políticas de separación humana obligatoria, recesión económica, negocios y escuelas cierres, servicios médicos cerrados y depresión general que</u>***

viene con la pérdida de libertad y elección". Lo que se reconoció es que "por muy malo que sea un virus, las políticas que arruinan el funcionamiento social normal causarán sufrimiento y muerte masivos y completamente innecesarios".

Un artículo del New York Post hizo estas sabias observaciones:

"En lugar de mantener la calma y seguir adelante, la élite estadounidense burló las normas del gobierno, el periodismo, la libertad académica y, lo peor de todo, la ciencia. **Engañaron al público sobre los orígenes del virus y el verdadero riesgo que representaba**. Haciendo caso omiso de sus propios planes cuidadosamente preparados para una pandemia, reclamaron poderes sin precedentes para imponer estrategias no probadas, con terribles daños colaterales. ***Todavía no tenemos pruebas convincentes de que los cierres hayan salvado vidas, pero hay muchas pruebas de que ya han costado vidas y resultarán más mortíferos a largo plazo que el virus en sí***. Algunos científicos y expertos en salud pública se opusieron y señalaron que un bloqueo prolongado era una estrategia novedosa de efectividad desconocida". En abril de 2020, John Ioannidis.

El caso de la tuberculosis ha sido uno de los peores impactos colaterales en la salud de la pandemia. Esto fue documentado en una historia detallada. "La tuberculosis mató a aproximadamente 1.5 millones de personas en el primer año de la pandemia Covid-19, frente a 1.4 millones en 2019. Y los investigadores dicen que la culpa es de la Covid". Y todo indica que ha empeorado mucho en todo el mundo. "**La pandemia de Covid-19 ha revertido años de progreso y esfuerzos en la lucha contra la tuberculosis**", dijo la Dra. Tereza Kasaeva, directora del programa mundial de tuberculosis de la OMS. Kasaeva dijo que ***los bloqueos de Covid, el acceso limitado a la atención médica y las preocupaciones de los pacientes sobre las visitas a las clínicas médicas hicieron que la tuberculosis fuera mucho más mortal durante la pandemia***".

Justin Hart, de Rational Ground, dijo en octubre de 2021 que "se estima que el 50% de las vacunas infantiles regulares se omitieron en la primavera de 2020. Puede hacer algunas matemáticas reales y me siento seguro al decir que más niños morirán por las vacunas omitidas en un año que los que murieron de Covid-19". Este es solo otro ejemplo del impacto colateral de la pandemia.

Otro estudio "encontró que Covid-19 fue citado en solo el 65% del exceso de muertes en las primeras semanas de la pandemia (marzo-abril de 2020); las muertes por causas distintas de Covid-19 (p. ej., enfermedad de Alzheimer, diabetes, enfermedades cardíacas) aumentaron drásticamente en 5 estados con la mayor cantidad de muertes por Covid-19".

La conclusión es que al examinar el exceso de muertes, es importante reconocer las muertes indirectas que resultan de las acciones de control de la pandemia por parte de los gobiernos.

A finales del 21, el exceso de mortalidad en el Reino Unido estaba descontrolado y, sin embargo, nadie estaba dispuesto a señalar como culpables las "vacunas" del coronavirus de Wuhan (Covid-19).

El experto en cáncer y profesor Carl Heneghan describía la situación en Gran Bretaña como un "escándalo nacional". Un sorprendente número de 9300 personas más de lo habitual habían muerto en el Reino Unido durante los últimos meses, y los funcionarios culparon a todo lo demás, excepto a las inyecciones.

Cifras de la Oficina de Estadísticas Nacionales muestran que Inglaterra y Gales registraron conjuntamente 20 823 muertes más en 18 meses que el promedio de cinco años. Se dice que solo 11 531 muertes se relacionaron con la gripe Fauci.

Cuando decimos involucrado, nos referimos a casos de muerte en los que se culpó a los gérmenes chinos por la muerte de una persona a pesar de que en realidad fue un accidente automovilístico, por ejemplo, o la caída de una escalera.

Heneghan, quien dirigía el Centro de Medicina Basada en Evidencia en la Universidad de Oxford, pidió una investigación inmediata y completa sobre el tema del exceso de mortalidad, que se estaba disparando sin un final a la vista.

"Necesitamos con urgencia comprender qué es lo que va mal y realizar una investigación de las causas fundamentales para determinar las acciones que pueden prevenir más muertes innecesarias", se cita a Heneghan en un dicho.

La experta en cáncer líder mundial y profesora de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buckingham, Karol Sikora, no culpa a las vacunas, sino a **un "retraso" en los informes y a una "falta de acceso a la atención médica"**.

"Es probable que haya un exceso de cáncer, pero no ocurre muy rápidamente", agregó Sikora.

Ni Heneghan ni Sikora ni siquiera mencionaron la posibilidad de que las inyecciones pudieran estar contribuyendo a todo este exceso de mortalidad. Es casi como si las "vacunas" no existieran en cuanto a hacer algo malo, pero cuando los "expertos" tienen algo bueno que decir, lo atribuyen a las inyecciones.

Otro chivo expiatorio popular es el clima frío, al que ahora también se le culpa por el exceso de mortalidad a pesar de que ocurre todos los años como parte del cambio de estaciones.

Luego está **la** psicología **del plandemismo, que según Sikora impidió que muchas personas buscaran los servicios médicos que necesitaban**. En particular, los pacientes con cáncer, llenos de miedo por la campaña "quédese en casa, manténgase a salvo", no pudieron identificar los primeros síntomas del cáncer, lo que permitió que progresara.

Otro factor es la falta **de interacciones cara a cara**, agregó. Esto de alguna manera es responsable del aumento creciente de muertes "misteriosas" desde que se introdujeron por primera vez las inyecciones.

"Los tres han llevado casi con certeza a un aumento de muertes no causadas por Covid", dice Sikora. "Algunos de ellos, como **los retrasos en el cáncer, la atención cardíaca y la cirugía para los ataques cardíacos, resultarán en una muerte excesiva**. Es por eso que estamos viendo un exceso de mortalidad".

Sikora creía que las cosas solo empeorarían progresivamente a medida que la gente siguiera muriendo en sus hogares. Decía que se trata de un fenómeno "extraño", y lo calificaba de "efecto secundario de los cambios en las personas que no quieren buscar ayuda médica y la falta de capacidad del sistema para hacerles frente".

Ivor Cummins, un crítico de análisis de datos de salud y bloqueo, dijo que sabía en 2020 que **las políticas de bloqueo y enmascaramiento serían "contraproducentes" para "salvar vidas", a menos que acabar con vidas fuera el verdadero objetivo oculto**.

"Se demostró que ***los cierres de seguridad a partir de los datos del mundo real son muy ineficaces*** y, en el mejor de los casos, podrían diferir relativamente pocas muertes (en su mayoría ancianos / frágiles)", dijo a The Epoch Times.

Deficiencia en los reportes

Es importante ser consciente de que según el informe Lazarus**, *el número de eventos adversos reportados oficialmente, es solo el 1% de los reales, por lo tanto, para saber aproximadamente el número real de muertes y eventos adversos, las cantidades recogidas en las bases de datos anteriormente mencionadas, debemos multiplicarlas por 100*.**

Un estudio publicado en 2006 en el Journal Drug Safety incluyó más de 37 estudios utilizando una amplia variedad de métodos de vigilancia de 12 países diferentes. Encontraron ***evidencia de un subregistro generalizado y significativo de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Esto incluye RAM muy graves***.

Esto es preocupante dado el hecho de que los medicamentos recetados son la tercera causa principal de muerte después de las enfermedades cardíacas y el cáncer en los Estados Unidos y Europa.

Un estudio publicado en 2018 en la Revista Internacional de Investigación en Ciencias Médicas intentó responder la pregunta de por qué está sucediendo esto. Nuevamente, es un problema bien conocido entre quienes lo investigan, y los datos son bastante similares en todos los ámbitos a través de múltiples publicaciones. El estudio descubrió que entre los médicos hay simplemente "un

nivel muy bajo de conciencia sobre la notificación de RAM". Descubrieron que el 32.8% de los encuestados no sabía si la reacción fue causada por el fármaco o que el 46.3% consideró que no es necesario informar reacciones reconocidas. En general, "***se observó un nivel muy bajo de conocimiento de la farmacovigilancia entre los médicos" y los investigadores enfatizaron la necesidad de mejorar el conocimiento entre los médicos***. Deben existir sistemas de informes adecuados y accesibles para que puedan mejorar los informes.

El sistema de notificación de reacciones adversas a las vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de los CDC y la FDA "es el sistema de alerta temprana de la nación que monitorea la seguridad de las vacunas una vez que la FDA las autoriza". Es un sistema de autoinforme que está diseñado para ayudar a identificar señales de eventos adversos (es decir, por ejemplo, eventos trombóticos de la "vacuna" Covid-19 o miocarditis). "Los científicos del VAERS buscan un número inusualmente alto de informes de un evento adverso después de una vacuna en particular o un nuevo patrón de eventos adversos".

Un investigador llamado Albert Benavides llevó a cabo un análisis de datos sobre el Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas (VAERS), que mantienen los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Y lo que encontró ***es que hay cientos de eventos adversos graves asociados con las "vacunas" contra la Covid-19 que estas dos agencias federales ocultan al público***.

Más de 200 síntomas diferentes, han sido completamente barridos **bajo la alfombra tanto por los CDC como por la FDA, que continúan afirmando que las "vacunas" contra la Covid son "seguras y efectivas**".

Las 200 de estas reacciones adversas graves ocurren a un ritmo mucho más alto que la miocarditis, la afección cardíaca está explotando particularmente entre los jóvenes que toman los sueros.

"En total, **hubo más de** 4000 **códigos de eventos adversos VAERS que fueron elevados por estas 'vacunas' en un factor de 10 o más sobre la línea de base sobre la que los CDC deberían haber advertido a la gente**", informó el reportero de investigación Steve Kirsch en su Substack.

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Columbia estima que ***el número real de fallecidos por las "vacunas" es 20 veces mayor de lo que dicen las cifras oficiales***.

En el resumen del estudio, los investigadores señalan que "las estimaciones precisas de los eventos adversos graves inducidos por la 'vacuna' Covid y las tasas de muerte son fundamentales para los análisis de la relación riesgo-beneficio de la 'vacunación' y los refuerzos contra el coronavirus SARS-CoV-2 en diferentes grupos de edad".

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Señala que un informe del VAERS no es prueba de que se haya establecido un vínculo entre una vacuna y un evento adverso. Sin embargo, el HHS también señala que VAERS es un sistema "pasivo" de informes y "recibe informes sólo para una pequeña fracción de los eventos adversos reales". Muchos trabajadores de la salud han revelado que sus superiores les han indicado que no informen al VAERS sobre ningún daño causado por las "vacunas" Covid.

VAERS se describe como un sistema de notificación "voluntario", pero el HHS dice que los proveedores de atención médica "que administran las 'vacunas' Covid-19 están obligados por ley a informar al VAERS" de cualquier error al administrar las 'vacunas' junto con, entre otras cosas, muertes y eventos adversos potencialmente mortales.

El método de los investigadores de Columbia para estimar el subregistro fue utilizar la variación regional en las tasas de "vacunación" para predecir la mortalidad por todas las causas y las muertes no causadas por Covid en períodos de tiempo posteriores, basándose en dos conjuntos de datos independientes y disponibles públicamente de EE. UU. Y Europa.

Descubrieron que más de seis semanas después de la inyección, la 'vacunación' tenía una correlación negativa con la mortalidad. Pero ***dentro de las cinco semanas posteriores a la inyección, la 'vacunación' predijo la mortalidad por todas las causas en casi todos los grupos de edad, con un "patrón temporal relacionado con la edad consistente con el lanzamiento de la 'vacuna' en Estados Unidos***".

Los investigadores dijeron que el estudio "***sugiere que los riesgos de las "vacunas" Covid y los refuerzos superan los beneficios en niños, adultos jóvenes y adultos mayores con bajo riesgo ocupacional o exposición previa al coronavirus***".

Enfatizan "la necesidad urgente de identificar, desarrollar y difundir diagnósticos y tratamientos para las lesiones por vacunas que alteran la vida".

Recientemente, Steve Kirsch, director ejecutivo de la Vaccine Safety Research Foundation, y otros realizaron un análisis comparando las tasas de anafilaxia publicadas en un estudio con las tasas encontradas en VAERS. Concluyeron que ***el número real de muertes por las "vacunas" Covid-19 es*** 41 veces mayor.

El sitio web VAERS Analysis utilizó datos de denunciantes de los CMS, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, para llegar a ***un factor de subregistro estimado de*** 44.64.

Según otra publicación, existe infranotificación de daños por medicamentos; se estima que ***sólo se reportan entre un 2% y el 20% de las lesiones por fármacos, dependiendo de los países (en la mayor parte no llegan al 5%)***.

En una entrevista con el podcaster Joe Rogan, el Dr. Peter McCullough citó un estudio realizado antes de Covid por el Dr. H. Cody Meissner de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tufts que encontró que alrededor del 80% de los informes de VAERS son realizados por médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud que creen que una vacuna causó el problema. Solo alrededor del 14% o el 15% de los informes son realizados por los propios pacientes. McCullough cree que los datos de CMS indican que ***VAERS reporta menos que por un factor de aproximadamente cuatro o cinco***.

En mayo de 2021, NBC News publicó un informe que reconoce las preocupaciones de los expertos sobre las "brechas" en el monitoreo federal de las “vacunas” contra la Covid. Si bien el gobierno actualmente depende de una "mezcolanza" de fuentes de datos de seguridad, explica el informe, los expertos citados piden un sistema de vigilancia 'activo' más "robusto que pueda buscar grandes volúmenes de registros de atención de pacientes para comparar tasas de efectos adversos" en personas que recibieron ‘vacunas’ con las que no”.

Se descubrieron pruebas adicionales contra la seguridad de las inyecciones a fines de febrero durante una audiencia sobre la “vacuna” Covid-19 realizada por el senador republicano de los EE. UU. Ron Johnson de Wisconsin, donde el abogado Thomas Renz presentó ***datos de facturación médica de la Base de datos de epidemiología médica de defensa (DMED) del Pentágono*** que muestran que ***en 2021 se produjeron aumentos drásticos en una variedad de diagnósticos de problemas médicos graves con respecto al promedio de los cinco años anteriores, incluida la hipertensión (2181%), los trastornos neurológicos (1048%), la esclerosis múltiple (680%), el síndrome de Guillain-Barré (551%), cáncer de mama (487%), infertilidad femenina (472%), embolia pulmonar (468%), migrañas (452 %), disfunción ovárica (437%), cáncer testicular (369%) y taquicardia (302%)***.

El 10 de marzo, el abogado Mat Staver de Liberty Counsel presentó datos en la corte ***que muestran*** 127 muertes ***relacionadas con la “vacuna” Covid informadas por VAERS en el ejército en 2021. Eso es más que las*** 93 muertes ***reportadas por Covid en el ejército desde el comienzo de la pandemia***. Además, debemos tener en cuenta que, como se ha demostrado, ***las muertes por Covid se*** sobreestiman***, mientras que las muertes reportadas por VAERS, especialmente en el ejército, no se reportan***. Incluso los investigadores de los CDC admitieron recientemente que "las tasas reales de miocarditis por millón de dosis de ‘vacuna’ probablemente sean más altas de lo estimado" según los informes de VAERS.

Esta señal de seguridad del sistema universal de informes es la evidencia más significativa hasta la fecha de que el DMED (Datos de Epidemiología Médica de Defensa) que monitorea específicamente a los militares, tal como lo presentaron originalmente los denunciantes, estaba en lo correcto cuando mostró un ***aumento masivo de lesiones que van desde neurológicas y cardio para cánceres y trastornos inmunológicos***.

Aquí están los datos de VAERS para hospitalizaciones relacionadas con "vacunas" en 2021 en comparación con años anteriores. Una vez más, con VAERS lamentablemente subestimado, tiene sentido que los códigos de diagnóstico en DMED sean exponencialmente más altos. Dadas las lesiones por "vacunas" sin precedentes que ya hemos visto en el mundo civil, y como lo indican los datos de muertes y hospitalizaciones de VAERS, ***tendría sentido que hubiera un aumento del 37% en las hospitalizaciones militares en 2021 sobre el promedio de cinco años***, como ha sido presentado por los denunciantes en el caso judicial.

Aquí están los datos de los denunciantes presentados por el abogado Tom Renz al senador Ron Johnson que muestran un ***aumento del 37% con dos meses de 2021 aún sin informar***. ***Si las cifras de noviembre y diciembre siguieran la misma trayectoria, mostraría un aumento del 55% en las hospitalizaciones militares para 2021 sobre el promedio de cinco años***.

Problemas relacionados con la reproducción

A lo largo de este apartado, vamos a tratar de esclarecer las consecuencias de las inoculaciones con las inyecciones antiCovid en todos los aspectos relacionados con la reproducción.

Inoculación de embarazadas

Desde hace tiempo, se nos ha contado que la Covid es peligrosa para las embarazadas y que por eso, es bueno "vacunarlas", afirmando que los sueros experimentales son seguros para ellas. Vamos a demostrar que nada de eso es cierto.

Empecemos por aspectos generales:

Es sabido por todos (o al menos, debería serlo), y más seguramente por los médicos atentos a los datos científicos que:

- ***La duración de las pruebas de las "vacunas" fue de solo 6 meses en lugar de los 9-15 años habituales***
- ***Faltaban algunos pasos de prueba cruciales (incluidas las pruebas con animales)***
- ***Nunca se ha comercializado una vacuna de ARNm debido a 30 años de ensayos fallidos***
- ***Casi todas las medicinas están prohibidas para las mujeres embarazadas, incluso las más comunes y probadas***
- ***Pfizer no ha probado su producto en mujeres embarazadas y ni siquiera ha completado las pruebas de fase 3 que normalmente preceden a la comercialización***

- ***Pfizer no recomienda la "vacunación" de mujeres embarazadas***

Directamente en lo que respecta al caso específico de la mujer embarazada y la gestación, cabe señalar que:

- ***No se han realizado estudios de teratogenicidad*** y la FDA solicita un estudio a Pfizer para 2025.

- Pfizer admite ***no conocer los efectos en mujeres embarazadas*** (p. 118): "El perfil de seguridad de la 'vacuna' aún no se conoce completamente en mujeres embarazadas o lactantes debido a su exclusión inicial del estudio clínico fundamental. Puede haber mujeres embarazadas que opten por 'vacunarse'. Es importante hacer un seguimiento de estas mujeres para conocer los resultados del embarazo y el parto".

- Pfizer comenzó a realizar pruebas en junio de 2021 para fines de diciembre de 2025

- Moderna confirma no haber realizado pruebas en mujeres embarazadas

- Moderna comenzó las pruebas en julio de 2021 y finalizará en enero de 2024

Veamos qué dicen los datos y la ciencia:

Según datos ingleses, las mujeres embarazadas tenían menos probabilidades de:

- Necesitar oxígeno

- Estar ingresada en cuidados intensivos

- Morir

Con las cifras dadas, podemos calcular que ***las mujeres embarazadas no tienen más riesgo que otras***: "En términos absolutos, ***las mujeres embarazadas ingresadas en el hospital con Covid-19 sintomático no tenían mayor riesgo de resultados adversos***".

Un estudio danés de 82 682 casos de infección por Covid-19 en mujeres embarazadas ***no*** mostró ***diferencias en los resultados obstétricos o neonatales, Covid no tiene impacto. La relación beneficio/riesgo es entonces necesariamente en contra de la "vacuna"***. Esto lo confirma, incluso, el Colegio Nacional de Ginecólogos y Obstetras de Francia (CNGOF) y otras publicaciones científicas (1) (2).

Una vez constatado que los sueros no son tan necesarios para las embarazadas como nos habían intentado hacer creer, ahora vamos a ver si son seguros:

Empecemos por ejemplo, por las posiciones adoptadas por el Comité Asesor Nacional de Inmunización de Canadá:

"Los datos de ensayos clínicos actualmente disponibles ***no prueban que la 'vacuna' contra el SARS-CoV-2 sea segura para las personas embarazadas o lactantes***.

En Canadá, ***se recomienda evitar la administración rutinaria de la 'vacuna' contra el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) a personas embarazadas o lactantes hasta que los datos sean insuficientes"***.

El artículo repite varias veces "***espere a que haya más datos disponibles antes de proceder con la 'vacunación'***'".

Sigamos con más información:

La administración de los sueros, produce a*bortos espontáneos o partos prematuros* ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)). Veamos qué es lo que tiene que decir Pfizer a este respecto:

El 1 de abril de 2022, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) publicó un lote de 11 000 documentos de Pfizer. Dichos documentos revelan que ***el formulario de consentimiento de Pfizer especifica que "se desconoce el efecto sobre el esperma, los fetos y los niños lactantes"***. Sin embargo, las autoridades sanitarias y los medios de comunicación han declarado como un "hecho" que la inyección no afecta la salud reproductiva ni la fertilidad y es perfectamente segura para las madres embarazadas y lactantes. ***Si se*** desconoce ***un efecto, por definición no se puede afirmar que sea inofensivo. Si lo hace, está mintiendo, simple y llanamente***.

Un detalle importante ahondando en lo anterior, es que la "vacuna" Pfizer Covid-19 ha tenido la mayor cantidad ***de casos de muertes fetales después de ser inyectada en mujeres embarazadas y en edad fértil que cualquier otra vacuna en la*** historia ***de los Estados Unidos y eso se logró en sólo 17 meses***.

Según un análisis de los datos de VAERS realizado por María Ziminsky y Linnea Wahl en Daily Clout entre diciembre de 2020 y marzo de 2022, se informó que un total de 3816 bebés por nacer murieron después de que sus madres recibieron "vacunas" contra la Covid: ***el 57% de los número total que abarca 25 años***.

Casi el 74% de los informes provino de usuarios de la "vacuna" Pfizer/BioNTech, con un 21% que recibió la inyección de Moderna y menos del 5% de la inyección de Janssen (Johnson & Johnson).

El análisis de Daily Clout se realizó utilizando datos obtenidos de la FDA después de una demanda de la Ley de Libertad de Información (FOIA). Antes de una orden judicial que requería la divulgación de los documentos que revisaron antes de autorizar las inyecciones antiCovid de Pfizer, la FDA había pedido 75 años para divulgar la información en su totalidad.

Los informes incluyen bebés que dejan de crecer abruptamente o experimentan un derrame cerebral en el útero; bebés malformados; un bebé que muere a causa de una placenta inflamada; y un bebé que nació sangrando fatalmente por la boca, la nariz y los pulmones.

Para llegar a averiguar la cantidad de muertes fetales registradas en VAERS, hay que incluir los siguientes "síntomas" y luego ver si los resultados de la búsqueda documentan las muertes fetales, ya que no hay datos demográficos para las "muertes fetales".

La siguiente es la lista de "palabras clave" en VAERS que puede revelar las muertes fetales:

- Embarazo abortado
- Aborto
- Aborto completo
- Aborto complicado
- Aborto temprano
- Aborto incompleto
- Aborto inducido
- Aborto inducido incompleto
- Aborto tardío
- Aborto perdido
- Aborto de embarazo ectópico
- Aborto espontáneo
- Aborto espontáneo completo
- Aborto espontáneo incompleto
- Embarazo ectópico
- Interrupción del embarazo ectópico
- Embarazo ectópico con dispositivo anticonceptivo
- Paro cardíaco fetal
- Muerte fetal
- Muerte prematura del bebe
- Parto prematuro
- Embarazo ectópico roto
- Nacimiento de un niño muerto

Esta lista puede no ser exhaustiva. Pero si usamos exactamente la misma búsqueda usando estos síntomas, podemos hacer una comparación al examinar

las muertes fetales después de las inyecciones Covid-19 en comparación con las muertes fetales después de todas las vacunas que no son antiCovid.

Usando esta búsqueda de todas las vacunas aprobadas por la FDA durante los más de 30 años anteriores a que las inyecciones contra Covid-19 obtuvieran la autorización de uso de emergencia en diciembre de 2020, encontramos 2519 muertes fetales.

Estos son los promedios anuales:

- 82 muertes fetales por año después de vacunas no Covid
- 3063 muertes fetales por año después de las inyecciones contra Covid-19

Estos promedios resultan tomando el número total de muertes fetales después de las vacunas que no son contra el Covid y dividiéndolo por 31, y para las muertes fetales después de las inyecciones contra la Covid-19, se divide entre 14 para obtener el promedio mensual y luego se multiplica por 12.

Para obtener un porcentaje más preciso de cuántas muertes fetales más se producen después de las inyecciones Covid-19 que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA, también debemos tener en cuenta la cantidad de dosis administradas.

La Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) del gobierno de los EE. UU. Compiló los datos del Programa Nacional de Compensación por Lesiones por Vacunas, y un informe que publicaron el 1 de diciembre de 2021 muestra que se administraron más de 4 mil millones (4.092.757.049) de dosis de vacunas en los Estados Unidos. Estados Unidos entre el 01/01/2006 y el 31/12/2019, un año antes de que las inyecciones antiCovid-19 obtuvieran autorizaciones de uso de emergencia.

Usando ese rango de fechas, se repite exactamente la misma búsqueda de muertes fetales registradas en VAERS durante ese tiempo, y VAERS informa 1369 muertes de entre esas más de 4 mil millones de dosis administradas entre el 01/01/2006 hasta el 31/12/2019.

El CDC informó que se han administrado 543 millones de dosis de inyecciones Covid-19 hasta el 3 de febrero de 2022.

Entonces, desde 2006 hasta 2019, hubo 1 muerte fetal registrada en VAERS por cada 2 989 596 dosis de vacunas administradas.

Desde diciembre de 2020 hasta el 4 de febrero de 2022, se registró 1 muerte fetal en VAERS por cada 151 973 dosis de inyecciones contra la Covid-19 administradas.

Eso es ***un* aumento *del 1867% en las muertes fetales registradas en VAERS después de las inyecciones contra la Covid-19***. Y esto es solo usando

las estadísticas informadas por el propio gobierno de los EE. UU., sin siquiera tratar de averiguar cuál es el factor no informado.

En general, ***se*** registraron más ***lesiones y muertes en VAERS durante los últimos 14 meses después de las inyecciones contra la Covid-19, que*** durante ***los más de 30 años anteriores combinados después de todas las vacunas registradas en VAERS***.

En abril del 22, el número de mujeres que habían perdido a su hijo por nacer o recién nacido en los Estados Unidos, ***después de la "vacunación" con Covid-19, ya había superado las 4000 solo dieciséis meses después de que se autorizó el uso de emergencia del primer pinchazo antiCovid. En*** comparación***, "solo" 565 mujeres han perdido a su hijo por nacer o recién nacido después de la vacunación contra la gripe desde el año 1990, un período de treinta años***.

Al comparar las vacunas contra la gripe durante los últimos 30 años (360 meses) con las "vacunas" contra la Covid-19 durante los últimos 16 meses, obtenemos ***un promedio de 1.5 muertes fetales al mes después de las vacunas contra la gripe y un promedio de 251 muertes fetales por mes después de las "vacunas" Covid-19***. Por lo tanto, ***la*** cantidad ***de mujeres que han perdido a su bebé debido a la "vacuna" contra la Covid era un*** 16 633% ***más alta que la cantidad de mujeres que han perdido a su bebé debido a la vacuna contra la gripe***. Sin embargo, en realidad ese número es mucho peor porque se han administrado muchas más vacunas contra la gripe durante el embarazo durante un período de 30 años.

Hasta el 17 de junio del 22, se informaron 4751 abortos espontáneos en VAERS. Si tenemos en consideración lo expuesto anteriormente de las 565 mujeres y que son 18 meses el tiempo a contar, y hacemos la misma comparación; ***el promedio es de 264 muertes fetales por mes como consecuencia de las "vacunas" Covid. La cantidad de mujeres que han perdido a su bebé debido a la "vacuna" contra la Covid es un 17596% más alta que la cantidad de mujeres que han perdido a su bebé debido a la vacuna contra la gripe***.

Echemos un vistazo a datos que provienen de Escocia. Public Health Scotland (PHS) tiene un panel completo sobre los impactos más amplios de Covid-19 en el sistema de atención médica, que se encuentra aquí, e incluye una amplia gama de datos, desde estadísticas de salud mental hasta embarazos, datos sobre trastornos cardiovasculares y cáncer.

Cifras oficiales revelan que la tasa de muertes neonatales aumentó a 4.6 por cada 1000 nacidos vivos en marzo de 2022, ***un*** 119% ***más que la tasa esperada de muertes***. ***Esto*** significa ***que la tasa de mortalidad neonatal superó un umbral superior de advertencia conocido como "límite de control" por segunda vez en al menos cuatro años***.

Public Health Scotland (PHS) no ha anunciado formalmente que haya iniciado una investigación, pero esto es lo que se supone que deben hacer cuando se alcanza el umbral de advertencia superior, y lo hicieron en 2021.

En ese momento, PHS dijo que el hecho de que se haya excedido el límite de control superior "***indica que hay una mayor probabilidad de que haya factores más allá de la variación aleatoria que pueden haber contribuido a la cantidad de muertes que ocurrieron***".

Por otro lado, los datos del hospital Rambam en Israel revelan una tasa de mortinatos, abortos espontáneos y abortos (SBMA, por sus siglas en inglés) del 6% entre las mujeres que nunca recibieron una "vacuna" contra el Covid-19, en comparación con el 8% entre las mujeres que se "vacunaron" con al menos una dosis (y nunca se tuvieron una infección por SARS-CoV-2).

Esa es una razón de probabilidades estadísticamente significativa de 1.36 (IC 1.0-1.9), lo que significa que ***las probabilidades de tener un mortinato, un aborto o un aborto espontáneo son 1.36 veces mayores si está "vacunado".***

Otra forma de expresarlo es que ***la tasa de SBMA entre las mujeres "vacunadas" fue casi un 34% más alta que la tasa entre las mujeres no "vacunadas"***. Esta diferencia es estadísticamente significativa en el intervalo de confianza del 95% basado en una prueba de significación de Chi-cuadrado.

Este artículo publicado recientemente en JAMA sobre nacimientos vivos basado en registros médicos electrónicos israelíes muestra que las madres "vacunadas" y no "vacunadas" eran muy similares en muchos aspectos. Las mujeres "vacunadas" eran solo alrededor de 1 año mayores en promedio que las mujeres no "vacunadas" en términos de edad promedio (30.5 frente a 31.6 años) y, en todo caso, las madres no "vacunadas" eran menos saludables: la mayoría eran obesas y fumadoras; y tenían muchas más probabilidades de haber tenido una infección por SARS-Cov-2 durante el embarazo.

Independientemente de cuál sea la razón de estas diferencias, ***la*** señal ***en estos datos es demasiado fuerte y el problema es demasiado importante para descartarlo con argumentos basados en conjeturas. Eso sería imprudente***.

Podemos obtener algo de confianza en la hipótesis del "vacunado poco saludable" observando la tendencia a lo largo del tiempo. Si las mujeres más jóvenes y saludables tuvieran menos probabilidades de "vacunarse", entonces las diferencias entre meses deberían ser bastante estables. Pero las diferencias son realmente bastante llamativas.

La gráfica de barras muestra qué porcentaje de nacimientos entre las mujeres "vacunadas" fueron SBMA y qué porcentaje fueron nacidos vivos, y lo compara con el porcentaje entre las mujeres no "vacunadas". ("Vacunadas" significa que las mujeres habían recibido al menos una dosis de la "vacuna" Pfizer/BioNTech Covid-19). La tasa de SBMA entre las mujeres "vacunadas" fue más alta que la

tasa entre las mujeres no “vacunadas” en todos los meses excepto en febrero, que fue al comienzo de la campaña de “vacunación” para mujeres embarazadas cuando solo se registraron 2 nacimientos para mujeres “vacunadas”. Debemos tener en cuenta que esto va en contra de las expectativas si se supone que las “vacunas” deben proteger a las personas de Covid; Israel experimentó una supuesta gran ola de Covid de supuesta Delta de julio a septiembre.

La tasa alcanzó un pico en mayo, con el 44% de las mujeres “vacunadas” experimentando un mortinato, un aborto espontáneo o un aborto ese mes, en comparación con el 9% entre las mujeres no “vacunadas”. En otras palabras, ***de todos los resultados de embarazos registrados entre las mujeres “vacunadas” en mayo, el 43% fueron mortinatos, abortos espontáneos o abortos***.

Si la diferencia se explica porque las mujeres embarazadas de mayor edad y menos saludables son más propensas a “vacunarse”, entonces esperaríamos que el aumento entre las “vacunadas” se compense con una disminución en las no “vacunadas”. Pero si juntamos los dos grupos y observamos las tendencias a lo largo del tiempo, aún vemos un gran aumento. Además, si las mujeres mayores y menos saludables tuvieran más probabilidades de “vacunarse”, entonces no esperaríamos ver este grado de variación durante el año. En todo caso, esperaríamos ver los recuentos más altos en febrero-abril cuando las mujeres con mayor riesgo de Corona habrían estado entre las primeras en la fila para “vacunarse”, según estas explicaciones alternativas.

Así lo afirman los datos sobre “vacunas” del Ministerio de Salud de Israel. La gráfica del Ministerio de Salud muestra las tasas de “vacunación” desde el comienzo de la campaña de “vacunación” en diciembre de 2020. El verde oscuro es la primera dosis, el verde claro es la segunda dosis.

Podemos ver que la tasa general de “vacunación” comenzó a caer precipitadamente en marzo y fue muy baja en mayo. Además, las diferencias en la tasa de SBMA entre mujeres “vacunadas” y no “vacunadas” para abril, mayo y junio son estadísticamente significativas. No hubo nada especial en mayo en términos de confinamientos estrictos o restricciones; de hecho, el gobierno comenzó a levantar las restricciones y la vida comenzó a volver a la normalidad. Los otros meses serían estadísticamente significativos si la N fuera un poco más grande. Pero, por desgracia, solo tenemos datos de un hospital.

Podemos ver la tasa de SBMA de este año en comparación con años anteriores, tanto para Sheba (otro hospital) como para Rambam. (Sheba tiene una tasa de SBMA inicial mucho más alta, por razones que no están del todo claras. Sirven a poblaciones muy diferentes, y Sheba simplemente puede realizar más abortos electivos cada año que Rambam). Los gráficos (1) (2), muestran la tasa de SBMA en cada hospital en 2019, 2020 y 2021 durante 3 períodos de tiempo diferentes: enero-octubre, marzo-octubre y abril-junio. ***La tasa de SBMA es más alta en ambos hospitales en 2021 en comparación con los años anteriores***. En particular, ***de abril a junio, que fue el período con las tasas más altas (y estadísticamente significativas) de SBMA entre los “vacunados” en el***

hospital Rambam, también son mucho más* altas *en Sheba. En Rambam, la tasa durante ese período es del 8.7 % frente a un promedio del 5.7 % para 2019-2020, que es un 50 % más alto. En Sheba, la tasa SBMA en 2021 para abril-junio es del 12.7 %, frente a un promedio del 11.3 % para 2019-2020, que es un 12 % más alto.

En mayo de 2021, Rambam tenía 42 SBMA, casi el doble del promedio del total de mayo de los dos años anteriores y un 30 % más que el número más alto de cualquier mes en los dos años anteriores, que fue 32 en junio de 2020.

Sheba tuvo su recuento más alto de SBMA en junio, con 146. Eso fue un 30% más alto que el promedio de los 2 años anteriores y un 11% más que el mayor número de SBMA para cualquier mes en los 2 años anteriores, que fue 132 en marzo 2019.

Y nuevamente: ***dado que estas comparaciones incluyen tanto a mujeres "vacunadas" como no "vacunadas", la* diferencia *no puede deberse a que las mujeres mayores y menos saludables estén "vacunadas"***.

Para resumir: en 2 hospitales israelíes diferentes, ***2021 ha sido testigo de tasas significativamente más altas de mortinatos, abortos espontáneos y abortos que los dos años anteriores, con algunos meses estableciendo un récord para el número de SBMA en comparación con 2019 y 2020***. Según los datos de un hospital que comparan mujeres "vacunadas" con no "vacunadas", ***la tasa de SBMA entre las mujeres "vacunadas" es un* 34% *más alta que entre las mujeres no "vacunadas"***.

Sería un error no discutir lo que dicen los datos sobre las mujeres que tuvieron una infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo. Hubo 7 de esas mujeres que dieron a luz durante este período, y 2 de ellas experimentaron mortinatos o abortos espontáneos. Esta es una razón de la probabilidad de 6.2 (IC 1.2-32.3).

El* porcentaje *de todas las mujeres en este hospital que tuvieron una infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo fue extremadamente bajo (0.17%), por lo que los* riesgos *generales de aborto espontáneo o la muerte fetal debido a la infección por coronavirus se ve claramente* superada *por el riesgo de las mujeres embarazadas "vacunadas" que tienen un 100% de posibilidades de ser "vacunadas", suponiendo que la vacunación sea el factor determinante de estas diferencias. (Hubo 6 mujeres adicionales que tenían Covid antes del embarazo, todas las cuales tuvieron nacimientos vivos).

Un detalle muy importante, ***es que más del 80% de las mujeres embarazadas que reciben la "vacuna" en las primeras 20 semanas de gestación o en los 30 días siguientes al embarazo, sufren abortos espontáneos como demuestran los datos de*** Shimabukuro et. al., aunque intentaran taparlo, además, se están produciendo preocupantes reportes del VAERS sobre ***bebés amamantados que presentan efectos adversos tras ser sus madres "vacunadas" contra la Covid-19***; aún así, los CDC están

recomendando la "vacuna" Covid a embarazadas y encima, basándose en un estudio que ni siquiera está revisado por pares, exactamente lo mismo que hizo la OMS para los PCR con cero rigurosidad científica. El New England Journal of Medicine publicó una corrección y ahora ***sí admite que la "vacuna" Covid puede no ser segura para las mujeres embarazadas***. 1 de cada 8 mujeres embarazadas pierden a su bebé después de recibir la inyección. El estudio se actualizó después de que se encontró que 104 de las 827 participantes embarazadas experimentaron un aborto espontáneo después de recibir el suero.

Al detectar "***errores graves" en el estudio de los CDC*** publicado en abril de 2021 en The New England Journal of Medicine, dos investigadores de Nueva Zelanda solicitaron ***frenar inmediatamente las "vacunas" de ARNm contra la Covid en niños y mujeres embarazadas***.

Al estudio de los CDC ya se le había hecho una corrección en octubre de 2021, cuando los autores admitieron que no podían calcular una estimación del riesgo de embarazo porque "en el momento de este informe, el seguimiento de 20 semanas aún no estaba disponible para los 905 de los 1224 participantes".

Sin embargo, los investigadores de Nueva Zelanda, Simon Thornley, Ph.D., y Aleisha Brock, Ph.D., argumentan que usar datos aislados solo de embarazos del tercer trimestre es inapropiado para aplicar a un período gestacional completo. Cuando se analiza el estudio de los CDC, "***la incidencia de abortos espontáneos en el primer trimestre fue del 82 % al 91 % de las mujeres que fueron 'vacunadas' antes de las 20 semanas de gestación***", dijeron Thornley y Brock:

"Una inspección más detallada de las 827 mujeres en el denominador de este cálculo revela que entre 700 y 713 mujeres estuvieron expuestas a la 'vacuna' después de que transcurrió el plazo para registrar el resultado (hasta 20 semanas de embarazo)".

Shimabukuro et. al, incluyeron a mujeres dentro del grupo de 827, que en realidad no habían recibido la "vacuna" durante sus primeras 20 semanas de embarazo. Debido a que recibieron la "vacuna" en una etapa más avanzada del embarazo, no habrían estado EN RIESGO de aborto espontáneo debido a la "vacuna" en el primer trimestre.

Dicho de otra manera, como el tercer trimestre es después de la semana 20, no debieron incluir a las mujeres que recibieron la "vacuna" en ese periodo para determinar la tasa de aborto espontáneo entre las que se "vacunaron" ANTES de la semana 20. Espero que esté claro.

Si solo incluye a las mujeres que estuvieron en riesgo de sufrir efectos secundarios durante las primeras 20 semanas, ya que en realidad recibieron la "vacuna" durante esas primeras 20 semanas, entonces solo quedan 114 o, como máximo, 127 en ese grupo. ¡Y eso cambia demasiado el cálculo! Lo que en realidad tenemos son 104 abortos espontáneos de 127, que equivale ***al 82%, o tal vez la cifra puede ser tan alta como 104 de 114, que es el 91%***.

De esos 104 abortos espontáneos, ***96 ocurrieron antes de las 13 semanas de gestación, lo que indica de forma clara que recibir una "vacuna" antiCovid durante el primer trimestre es una*** pésima ***idea***.

El artículo de Science, Public Health Policy, and the Law señala otros problemas con el análisis de Shimabukuro que complican la confusión, incluyendo el hecho de que utilizaron períodos coincidentes de exposición y resultado:

"La exposición a la 'vacuna' se definió por trimestre (periconcepción, primero, segundo y tercero). Los resultados se definieron como mujeres expuestas por primera vez a la "vacuna" de ARNm antes de las 20 semanas de gestación; y expuestas por primera vez a partir de las 20 semanas de gestación. El bebé se monitoreo durante 28 días durante el período perinatal (desde el nacimiento hasta los 28 días)".

Esto es una mala estrategia intencional para confundir y ocultar la verdad. Pudieron haber utilizado los mismos períodos para la exposición y el resultado, ya sea los tres trimestres o las semanas 1 a la 20 y las semanas 21 a la 40.

Otro detalle menor que se encuentra en el artículo de Shimabukuro insinúa un esfuerzo por restar importancia y ocultar el riesgo de aborto espontáneo. Los autores afirman que la tasa normal de aborto espontáneo en la literatura publicada está entre el 10% y el 26%.

Sin embargo, la tasa del 26% incluye embarazos no reconocidos de forma clínica, y dado que la cohorte bajo investigación incluyó solo embarazos RECONOCIDOS de forma clínica, es decir, mujeres que sabían que estaban embarazadas, esa estadística del 26 % no se aplica. En realidad, se incluye para confundirlo y hacerle creer que la incidencia de aborto espontáneo es mucho mayor de lo que en realidad es.

De acuerdo con los datos estadísticos, el riesgo de aborto espontáneo se reduce de una tasa de riesgo promedio general del 21.3 % durante todo el embarazo, a un 5 % entre las semanas 6 y 7, hasta el 1 % entre las semanas 14 y 20.

Entonces, ***cuando considera que el riesgo normal de aborto espontáneo es solo del 5% para el momento en que ingresa a la Semana 6 (y muchas mujeres ni siquiera se dan cuenta de que están embarazadas antes de ese momento), un riesgo de aborto espontáneo del 82% al 91% es un*** aumento ***muy significativo***. ***Esto también debería hacer que todos se den cuenta de que recomendar esta "vacuna" a las mujeres embarazadas es un crimen***.

Ofrecerles a las mujeres embarazadas terapias experimentales basadas en genes es irresponsable ***y sugerir que los datos de seguridad se "acumulan" no es más que pura propaganda***. Aún todo se encuentra en la etapa experimental y todos los datos son preliminares. Se necesitarán años para tener una idea más clara de cómo afectan están "vacunas" a las mujeres jóvenes y a sus bebés.

Las mujeres en periodo de lactancia también deben saber que ***la "vacuna" antiCovid de ARNm, así como la proteína Spike, se pueden*** transferir ***a través de la leche materna***. Esta es otra forma en la que los bebés pueden correr riesgo de sufrir problemas de salud graves o a largo plazo. Por lo tanto, si recibió la vacuna antiCovid después de dar a luz, comprenda que no le transfiere a su bebé anticuerpos protectores.

Thornley y Brock también mencionan otros puntos que hacen que el estudio de los CDC sea defectuoso, como el hecho de que hubo casos de síndrome similar a la preeclampsia en mujeres "vacunadas" y que el riesgo de pérdida antes de la implantación en un estudio animal fue casi el doble.

Cuando los investigadores enviaron una nota a los autores del estudio, un portavoz de los CDC respondió, diciendo que los CDC tenían conocimiento de que otros habían considerado los riesgos de aborto espontáneo, pero que las tasas de aborto espontáneo son del 10% al 25%, y que " la evidencia creciente sobre la seguridad y eficacia de la 'vacuna' antiCovid-19 durante el embarazo demuestra que los beneficios de recibir una "vacuna" Covid-19 superan cualquier riesgo conocido o potencial".

"Dada la incertidumbre sustancial, le decimos a las personas que tengan mucho cuidado con las 'vacunas'"

Los datos del IPAK no solo demuestran que recibir la "vacuna" antiCovid antes de las 20 semanas no es seguro para las mujeres embarazadas, sino que el 12.6 % de las mujeres que la recibieron durante el tercer trimestre reportaron eventos adversos de grado 3, que son graves o médicamente significativos pero que no representan una amenaza mortal inmediata. Otro 8 % también reportó fiebre de 38 grados C (100.4 grados F), lo que puede provocar un aborto espontáneo o un parto prematuro.

Además, el seguimiento del estudio solo fue de 28 días después del nacimiento, lo que significa que se desconocen los efectos a largo plazo que puede sufrir un bebé por la exposición prenatal. Algunos de los muchos riesgos que representan las vacunas antiCovid de ARNm durante el embarazo y la lactancia incluyen la transmisión de ARNm y proteína spike a través de la placenta y la leche materna, así como la inhibición de la sincitina-1, una proteína esencial para la fusión celular y el desarrollo placentario.

Las mujeres embarazadas se excluyeron de los ensayos clínicos de las "vacunas" de ARNm, pero un estudio en ratas de Pfizer-BioNTech reveló que la inyección incrementó por mucho la incidencia de pérdida preimplantacional y también provocó una baja incidencia de malformaciones de la boca y la mandíbula, gastrosquisis (un defecto congénito de la pared abdominal) y anomalías en el arco aórtico derecho y las vértebras cervicales en los fetos.

El IPAK cree que ***los datos son prueba suficiente para cancelar la aplicación de estas "vacunas" en poblaciones vulnerables***. Enfatiza sus recomendaciones al afirmar:

"***<u>Con base en la evidencia, sugerimos que cancelen la aplicación de estas 'vacunas' de ARNm en mujeres embarazadas (Categoría X) y en periodo de lactancia, así como en niños y personas en edad fértil hasta que se establezcan datos más convincentes relacionados con la seguridad y los impactos a largo plazo sobre la fertilidad, el embarazo y la reproducción entre estos grupos de la población</u>***".

Con respecto al artículo de Shimabukuro et. al., añade lo siguiente:

"La interpretación de seguridad de Shimabukuro et al. (2021) no es muy convincente. Los mecanismos que podrían alterarse por la vacuna incluyen la sincitina-1 (syn1), una proteína fusogénica de origen retroviral, esencial para la fusión celular y el desarrollo placentario.

Se requieren estudios para determinar si el ARNm codificado en la proteína Spike (S) HR1 (o HR1a28) o HR2 tiene la capacidad de inhibir de manera involuntaria la proteína syn1, lo que impide la fusión celular requerida para la unión placentaria, que posteriormente causa la pérdida del embarazo.

Es posible que sea necesario repetir los estudios en roedores que se llevaron a cabo por Pfizer y Moderna para determinar si podría haber un impacto en la fertilidad y el desarrollo en primates del Viejo Mundo, como los macacos, ya que tienen proteínas syn1 y syn2 similares a las de los humanos, mientras que las ratas no.

Mattar et al., investigó la presencia de autoanticuerpos contra la proteína syn1, y aunque hubo un cambio de autoanticuerpos preliminares a la proteína syn1 en las 15 mujeres embarazadas expuestas a la primera dosis del producto Pfizer-BioNTech, el cambio no se consideró tan alto como para considerarse significativo en términos biológicos.

Debido al pequeño tamaño de la muestra, estos hallazgos podrían indicar que se requiere más investigación. Además, una expresión alterada de syn1 se relaciona con preeclampsia, hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y síndrome de plaquetas bajas, restricción del crecimiento intrauterino y diabetes mellitus gestacional en estudios observacionales.

La proteína sinctin-1 también es necesaria para la fusión de gametos (receptores syn1 y ACET2 presentes en los espermatozoides y ovocitos) y, además, se encuentra en los testículos y ovarios. En el prospecto de Comirnaty ("vacuna" de ARNm de Pfizer/BioNTech) presentado a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), los fabricantes afirman que no se ha evaluado el deterioro de la fertilidad masculina.

Cuestionamos las conclusiones del estudio de Shimabukuro et al., para apoyar el uso de la "vacuna" de ARNm al comienzo del embarazo. La suposición de que la exposición en la cohorte del tercer trimestre es representativa del efecto de la exposición durante el embarazo es cuestionable e ignora la experiencia pasada con medicamentos como la talidomida.

La evidencia de seguridad del producto cuando se usa en el primer y segundo trimestre no se puede establecer hasta que estas cohortes se monitoreen hasta el período perinatal, o hasta que se determine la seguridad a largo plazo en cualquiera de los bebés nacidos de madres 'vacunadas' durante el embarazo.

Además, Pfizer contradice estas garantías y afirma: 'los datos disponibles sobre Comirnaty en mujeres embarazadas son insuficientes para reportar los riesgos relacionados con la 'vacuna' en el embarazo' y 'no se sabe si Comirnaty se excreta en la leche materna', ya que no 'contamos con datos para evaluar los efectos de Comirnaty en el lactante amamantado'.

Debido a todos los pormenores de la 'vacuna' de ARNm, los proveedores de atención médica deben reportar cualquier problema durante el embarazo para determinar aún más la seguridad de este producto".

Veamos lo que dice la Dra. Karina Acevedo al respecto:

Un estudio concluye que debe detenerse la administración de las "vacunas" de ARNm contra SARS-CoV-2 en mujeres embarazadas y lactantes. Esto se debe a que fueron re analizados los datos de un estudio patrocinado por la CDC (Shimabukuro et al. 2021), que recomendaba el uso de estas "vacunas" en mujeres embarazadas, y que ha tenido que ser corregido (sin ninguna noticia en los medios al respecto).

Se re analizaron los datos del estudio y se calculó que la incidencia (número de nuevos casos en el período del estudio) de abortos durante el primer trimestre fue del 82% al 91% en el estudio, publicado en la revista "Science, Public Health Policy, and the Law". Esto se calcula porque de los 827 embarazos reportados, 712 terminaron adecuadamente con el nacimiento de un bebé, pero casi todos ellos ocurrieron entre mujeres que fueron "vacunadas" durante el tercer trimestre solamente. En las mujeres "vacunadas" durante los otros dos trimestres, se dieron 104 abortos. No es que esta información no se hubiera presentado, sino que solamente se incluyó en el material suplementario (no en el artículo como tal), y no fue comentado por los autores originales. El estudio ha calculado la incidencia de abortos espontáneos en mujeres embarazadas que reciben la "vacuna" antes de las 20 semanas de gestación en 81.9 al 91.2%

Este gran error fue denunciado por Roxana Bruno Ph.D el 30/04/2021 y fue corregido. En el momento de la publicación de los hallazgos preliminares en el artículo original, el número de abortos espontáneos era 104 y hubo 1 muerte fetal. Sin embargo, no se pudo determinar la proporción del riesgo de aborto espontáneo entre las participantes "vacunadas" antes de las 20 semanas de gestación porque la información de seguimiento aún no estaba disponible para la mayoría de esas personas. El artículo ahora se ha actualizado. En el quinto párrafo de este editorial (página 2342), la primera oración debería haber dicho: "Entre las 827 participantes del registro que informaron un embarazo completo, 104 experimentaron abortos espontáneos y 1 tuvo una muerte fetal", en lugar de, "… un embarazo completo, el embarazo resultó en un aborto espontáneo en 104 (12.6%) y en muerte fetal en 1 (0.1%); estos porcentajes

están dentro del rango esperado como resultado para este grupo de personas cuyas otras condiciones médicas subyacentes se desconocen". En el mismo párrafo, en la oración que comienza con "Entre los niños nacidos vivos" (página 2343), la expresión "también fueron consistentes" debería haber leído "fueron consistentes". En el séptimo párrafo, comenzando con "Dado que", la primera oración debería haber terminado, "… limitaciones en su capacidad para sacar conclusiones sobre abortos espontáneos, anomalías congénitas y otros posibles resultados neonatales raros", en lugar de "… para sacar conclusiones sobre anomalías congénitas y otros posibles resultados neonatales raros".

Si bien, por ejemplo, el Servicio Nacional de Salud ("NHS") aconseja a las mujeres embarazadas que eviten ciertos alimentos durante el embarazo, como la leche de vaca no pasteurizada, el hígado o el alcohol, por nombrar algunos, cualquier médico razonablemente cuerdo debería haber prohibido estas inyecciones a las mujeres embarazadas, específicamente. Pero de manera alarmante, el NHS aconseja a las mujeres embarazadas que pueden ***ser inyectadas con 13 a 50 mil millones de nanopartículas lipídicas, repetidamente***.

Profundizando un poco más, encontramos un hallazgo interesante en el informe posterior a la comercialización de Pfizer en la página 12:

- 270 embarazos ocurrieron y fueron reportados (esto incluye embarazos que progresan normalmente y que aún no tuvieron tiempo de terminar)
- Un embarazo resultó en un "parto normal" (felicitaciones)
- Otro nacimiento reportado resultó en una "muerte neonatal" (muerte del recién nacido)
- No se reportaron otros nacimientos
- 238 embarazos NO tuvieron resultado porque todavía estaban en curso
- Hubo 25 abortos espontáneos (que ocurrieron temprano en los embarazos) y una "muerte fetal". El aborto espontáneo ocurre en las primeras 20 semanas de embarazo. Hubo 7 interrupciones más de embarazo

Si fuéramos un regulador, y si una empresa presentara un producto que da como resultado una proporción de 50:50 de nacimientos de bebés a muertes, estaríamos alarmados.

Ciento cuarenta y seis de esos casos, no informaron de inmediato la ocurrencia inmediata de ningún evento clínico adverso. Pero 124 de los 270 casos sí lo hicieron. Lo que significa que ***el 46% de las madres expuestas a la inyección Pfizer Covid-19 sufrieron una reacción adversa***.

De esas 124 madres que sufrieron una reacción adversa, 49 se consideraron reacciones adversas no graves, mientras que 75 se consideraron graves. Esto significa que ***el 58% de las madres que informaron haber sufrido***

reacciones adversas sufrieron un evento adverso grave que va desde la contracción uterina hasta la muerte fetal.

Se notificaron un total de 4 fetos/bebés graves debido a la exposición a la inyección de Pfizer. Los 4 casos graves involucraron los siguientes eventos:

- Restricción del crecimiento fetal x2
- Bebé prematuro x2
- Muerte Neonatal x1

Pfizer afirma que de los 270 embarazos no tienen ni idea de lo que sucedió en 238 de ellos. Los resultados conocidos de los embarazos restantes:

- Aborto espontáneo x23
- Resultado pendiente x5
- Bebé prematuro con muerte neonatal x 2
- Aborto espontáneo con muerte intrauterina x2
- Aborto espontáneo con muerte neonatal x1
- Resultado normal x1

Había 34 resultados en total en el momento del informe, pero 5 de ellos aún estaban pendientes. Pfizer señala que solo 1 de los 29 resultados conocidos fue normal, mientras que 28 de los 29 resultados resultaron en la pérdida/muerte del bebé. ***Esto equivale al 97% de todos los resultados conocidos de la "vacunación" contra la Covid-19 durante el embarazo que resultaron en la pérdida del niño***.

Cuando incluimos los 5 casos en los que el resultado aún estaba pendiente, equivale al 82% de todos los resultados de la "vacunación" contra la Covid-19 durante el embarazo, lo que resultó en la pérdida del niño. Esto equivale a ***un promedio de alrededor del 90% entre la cifra del 82% y el 97%***.

Sin embargo, esa cifra del 82% es muy interesante cuando consideramos el resultado de otro estudio realizado por el equipo de registro de embarazos V-Safe Covid-19 de los Centros para el Control de Enfermedades. Un estudio que se utilizó para justificar no solo ofrecer, sino también acosar a las mujeres embarazadas para que se pusieran la inyección de Covid-19 en el Reino Unido.

Recordemos las conclusiones de los datos expuestos en el estudio de Shimabukuro et al., ***la tasa de incidencia de aborto espontáneo fue del 82%,***

no del 12.6% como se presenta en los hallazgos del estudio, y los autores del estudio han admitido desde entonces que cometieron un error, emitiendo una corrección con seis meses de retraso porque el estudio ha sido utilizado para justificar la "vacunación" de Covid-19 de mujeres embarazadas y madres primerizas en todo el mundo.

Ahí está ese número del 82% otra vez. Esos son dos conjuntos de datos, ***los datos confidenciales de Pfizer y el estudio manipulado de los CDC que muestran que la tasa de pérdida de embarazos después de la "vacunación" contra la Covid-19 es del 82%***. ¿Solo una coincidencia? Altamente improbable si consideramos que los reguladores de medicamentos y Pfizer intentaron encubrirlo.

La tasa de mortinatos en Islandia casi se duplicó en comparación con el promedio de 2011-2020 y las muertes de bebés de primer año se duplicaron con creces. En conjunto, ***hubo un aumento del 82%*** (***vuelve a aparecer este porcentaje y ya van tres conjuntos independientes de datos***), según lo informado por el diario islandés Frettin basado en nuevos datos de Estadísticas de Islandia.

No se han atribuido muertes infantiles a Covid según datos oficiales. La campaña de inyección masiva antiCovid comenzó a principios de 2021 y el 15 de julio, el 70% de la población había sido "vacunada" por completo. Once casos de daño fetal posterior a la inyección contra Covid se informaron a la Agencia de Medicamentos de Islandia a finales de abril de 2022, escribió Thorsteinn Siglaugsson. Él continuó:

"Un estudio publicado a principios de 2021 que supuestamente demostraba que la 'vacunación' era segura para las mujeres embarazadas resultó estar tan mal diseñado que su conclusión no era válida y tuvo que corregirse. Esto no impidió que sus hallazgos se usaran en todo el mundo para justificar la 'vacunación' de mujeres embarazadas… También se debe tener en cuenta que todos los indicios de preocupaciones de seguridad para las mujeres embarazadas son reprimidos enérgicamente por los llamados 'verificadores de hechos' y medios científicos y corporativos".

El número de bebés nacidos muertos aumentó en 8 en 2021 con respecto al año anterior. En 2020 hubo 9 mortinatos y 17 en 2021. El número de mortinatos por cada 1000 nacidos vivos aumenta de 2.0 a 3.5 año tras año. Tienes que mirar hacia atrás a 2004 para obtener el mismo número que en 2021.

El promedio de bebés muertos por cada 1000 bebés vivos durante los nueve años anteriores (2011-2020) es de 2 por 1000. Esto es 75% ***en comparación con los nueve años anteriores***.

Los bebés muertos son los bebés que llegan al mundo sin dar señales de vida después de las 28 semanas de embarazo. ***El aumento de las muertes estructurales es del 82% en 2021 en comparación con el promedio de los nueve años anteriores***. La muerte estructural es la suma de mortinatos nacidos

y bebés que mueren dentro de una semana del nacimiento de 1000 nacimientos en total.

La mortalidad neonatal es la tasa de mortalidad en niños antes de alcanzar los 28 días (sobre 1000 nacidos vivos), donde el aumento es similar, o ***alrededor del 81% en comparación con el promedio de los nueve años anteriores***.

La cifra de muertes en el primer año crece un 100% ***respecto a la media de los nueve años anteriores***. Aquí se puede ver un gráfico del total de nacimientos muertos y muertes en una semana para los años 2011-2021.

Una solicitud de 'Libertad de información' junto con un análisis profundo del único estudio de embarazo/fertilidad realizado en la inyección de Pfizer Covid-19, revela ***que Pfizer y los reguladores de medicamentos ocultaron los peligros de la "vacunación" contra la Covid-19 durante el embarazo porque el estudio*** encontró ***que aumenta el riesgo de defectos de nacimiento e infertilidad***. Aquí hay un fragmento de lo que debería haberse incluido en los documentos públicos oficiales y, posteriormente, no se incluyó.

Otro aspecto muy importante es la gran cantidad ***de efectos adversos que afectan a los BEBÉS que fueron*** amamantados ***por madres "vacunadas"***:

De 133 madres "vacunadas" que amamantaron reportadas, hubo 17 casos de eventos adversos en bebés amamantados. Tres de ellos estaban "graves". Estos eventos adversos muestran que amamantar mientras se está "vacunado" no es una "transmisión inofensiva de anticuerpos". Creó eventos adversos, incluidos eventos adversos GRAVES, en los lactantes amamantados.

A pesar de eso, los medios siguieron insistiendo en que "no hay efectos secundarios graves de la "vacuna" Covid-19" y "no hay derrame", lo cual era una mentira, como ahora sabemos.

Enrico Trigoso de The Epoch Times informó sobre la experiencia de un médico que está viendo los efectos de las "vacunas" contra la Covid-19 en mujeres embarazadas:

El Dr. James Thorp es un médico de 68 años certificado en obstetricia y ginecología, así como en medicina materno-fetal, que ha practicado la obstetricia durante más de 42 años.

Thorp le dijo a The Epoch Times que atiende entre 6000 y 7000 pacientes embarazadas de alto riesgo al año y ha visto muchas complicaciones entre ellas debido a las "vacunas" contra la Covid.

"He visto muchas, muchas, muchas complicaciones en mujeres embarazadas, en madres y en fetos, en niños, hijos", dijo Thorp, "muerte fetal, aborto espontáneo, muerte del feto dentro de la madre.

“Lo que he visto en los últimos dos años no tiene precedentes”, afirmó Thorp.

Thorp explicó que aunque ha visto un aumento en la muerte fetal y resultados adversos del embarazo asociados con la “vacunación” contra la Covid-19, los intentos de cuantificar este efecto se ven obstaculizados por la imposición de órdenes de mordaza a médicos y enfermeras que se impusieron en septiembre de 2021, según se revisó en esta publicación.

Por otro lado, Marc Girardot ha estado investigando y documentando su teoría sobre la toxicidad de la vacuna transfectante. Hay más de lo que se cuenta aquí, pero en líneas generales, sus hallazgos son los siguientes:

La gran mayoría de las nanopartículas de “vacunas” terminan en el sistema circulatorio. Por lo tanto, la gran mayoría de las células penetradas por los elementos de la “vacuna” serán células endoteliales que cubren el revestimiento de nuestros vasos sanguíneos. El sistema inmunológico inevitablemente destruirá todas las células transfectadas, apuntando a la proteína espiga o trozos de ARNm expresados fuera de estas células pirateadas.

En resumen, ***las partículas de la “vacuna” penetran en las células sanas, lo que conduce a la transfección de las células, lo que puede conducir a la destrucción por parte del sistema inmunológico. O bien, la transfección endotelial de la “vacuna” puede provocar daño endotelial inducido por la “vacuna”***.

Varias barreras de sangre a tejido juegan un papel crítico en nuestros cuerpos filtrando elementos tóxicos, seleccionando nutrientes facilitadores específicos en momentos precisos y también limitando las células inmunes que pueden ser perjudiciales en varios lugares, especialmente en el sistema reproductivo.

Los sistemas reproductivos de mujeres y hombres están protegidos por barreras endoteliales del tejido sanguíneo. En las mujeres éstas son:

La barrera hematolicular ("BFB") protege los folículos en desarrollo en el ovario: por lo tanto, es fundamental para la fertilidad de la mujer.

La barrera sangre-placenta ("BPB") alimenta y protege al feto en crecimiento; necesita adaptarse a medida que la placenta se expande simultáneamente con el feto.

La barrera sangre-leche ("BMB") protege la buena salud del bebé al controlar la calidad de la leche suministrada.

Si se rompe ***la barrera sangre-tejido, las células inmunes que*** invaden ***terminarán donde no deberían estar e inevitablemente harán su trabajo,*** desencadenando ***la destrucción de las células reproductivas***.

Muchos médicos, autoridades de salud y los principales medios de comunicación han presionado agresivamente para "vacunar" a las mujeres embarazadas el año pasado. Francamente, cuando uno considera la naturaleza sensible del embarazo, las probabilidades de Covid y lo que está en juego que define la vida, éste es el signo de una sociedad verdaderamente distópica. ¿Dónde ha ido el Principio de Precaución?

Teniendo en cuenta que la placenta actúa tanto como un capullo de alimentación hospitalaria para el bebé que nacerá, así como una protección adaptativa, es bastante obvio que ***una mujer embarazada nunca debe "vacunarse" dadas las posibles consecuencias nefastas de la*** transfección endotelial ***de la "vacuna"***.

Durante todo el embarazo, la placenta se expande con el feto, una infraestructura nutritiva de vasos sanguíneos que crecen progresivamente y se adaptan para acompañar el propio crecimiento acelerado del bebé. ***Sabemos a ciencia cierta que estas "vacunas" pueden*** interrumpir ***no solo la protección de la barrera sangre-placenta, sino también el flujo sanguíneo a través de la coagulación de la vasculatura placentaria***.

Cualquier interrupción o impedimento para el desarrollo normal de la placenta tendrá graves repercusiones ***en el bebé***. Esto es como librar una guerra contra el feto restringiendo su suministro de alimentos y arriesgándose a destruir su acogedor hogar ... Lamentablemente, estamos presenciando muchas señales siniestras que confirman la realidad de este riesgo.

Más allá del mero hecho de que una mujer joven sana no sufre de Covid grave y, por lo tanto, la "vacunación" no está justificada, es bastante evidente que arriesgarse a sufrir daños endoteliales inducidos por la "vacuna" durante el embarazo es una locura absoluta.

Como mujer embarazada, no puedes comer queso azul, pero puedes inyectarte de 13 a 50 mil millones de nanopartículas lipídicas, repetidamente, ***destinadas a*** hackear ***células sanas y producir innumerables proteínas de pico tóxicas mientras tu cuerpo está experimentando la transformación biológica más increíble y sensible: el embarazo***.

Un estudio previo a la impresión encontró ***"cantidades insignificantes" de productos derivados del petróleo (PEG) de las vacunas en la leche materna de las mujeres "vacunadas"***.

Algunas madres "vacunadas" han suprimido ***la lactancia***, o no pueden ***producir leche en absoluto, al intentar amamantar a sus recién nacidos. Otras*** experimentan ***leche descolorida o como en el caso de una madre "vacunada" que*** declaró ***que su leche materna era de color azul verdoso.***

Tendemos a olvidar que el embarazo es una empresa importante, un esfuerzo hercúleo. Olvidamos que, hace apenas unas décadas, las futuras madres morían

regularmente durante el parto. Agregar el peligro de estas “vacunas” parece diabólicamente injusto, y honestamente es desgarrador.

De igual forma, el periodista de investigación Steve Kirsch ha escrito un artículo en el que afirma que los hospitales infantiles en los Estados Unidos se están llenando de bebés recién nacidos que tienen problemas cardíacos graves, todo porque sus madres recibieron la “vacuna” Covid-19.

Un correo electrónico que Kirsch recibió afirma que las tres UCIN (UCI neonatales) de un hospital están completamente llenas de pacientes recién nacidos. Todos los bebés son de madres que están completamente “vacunadas”, confirmó una enfermera a partir de sus registros, aunque el personal del hospital no puede preguntar directamente sobre el estado de “vacunación” de las madres. El correo electrónico decía: “Debido a que este es un rumor de tercera o cuarta mano, normalmente trataría de confirmarlo antes de compartirlo con nadie”.

En su artículo, Kirsch pidió a los médicos que se pusieran en contacto, leyeran su trabajo y comentaran las afirmaciones de la carta, ya sea para cuestionarlas o confirmarlas. En respuesta, cientos de personas se pusieron en contacto y compartieron sus experiencias.

Una persona dijo que había visto varios artículos publicados recientemente que confirmaban que las UCI están "repletas" de pacientes enfermos y moribundos, muchos de los cuales se ven obligados a sentarse en los pasillos debido a que no hay más camas disponibles.

Esta persona agregó: “Las habitaciones están llenas de pacientes con síntomas NO de Covid, es decir, no están por Covid. La causa sospechada son los efectos secundarios de la “vacuna”. “La pregunta aquí es ¿cuántos de estos pacientes pronto serán bebés?”.

Otra persona escribió sobre cómo se ha "establecido claramente" que la tasa de abortos espontáneos se ha disparado desde que se empezaron a administrar las vacunas a las mujeres embarazadas.

“A mi nuera, que no está “vacunada” y acaba de dar a luz, su médico le dijo que no se ‘vacunase’ durante el embarazo porque sus últimas tres pacientes tuvieron abortos espontáneos inmediatamente después de recibirla”, explicó esta persona.

"No se trata solo de los recién nacidos con problemas cardíacos", señaló otro sobre cómo los niños mayores también están siendo dañados por las inyecciones. "¿Cuántas veces necesitamos ver a los jóvenes sufrir misteriosos ataques cardíacos al mismo tiempo antes de que la gente comience a sentir curiosidad remota?"

Denunciantes canadienses exponen ***13 muertes en 24 horas*** en el Hospital Lions Gate causadas por “vacunas” Covid-19. Según los denunciantes, se está produciendo un genocidio masivo debido a las “vacunas” Covid-19, que son ignoradas por los principales medios de comunicación y los gobiernos de todo el

mundo. ***Todas las muertes ocurrieron en bebés nacidos de madres completamente "vacunadas"***, aunque gran parte del público desconoce que esto sucedió.

Un informe del periódico Herald destaca el ***aumento "muy inusual" en las muertes de bebés***, y se dio la alarma después de que 18 bebés murieran dentro de las cuatro semanas posteriores al nacimiento en marzo:

El informe señala que las infecciones por Covid durante el embarazo están asociadas con una mayor probabilidad de parto prematuro, pero no encontró un "vínculo directo" entre los aumentos repentinos de Covid y las muertes.

PHS Escocia dice que las infecciones por Covid "no parecen haber jugado un papel" en la ola de muertes de septiembre. Según el Herald:

"La tasa de mortalidad neonatal fue de 5.1 por 1000 nacidos vivos en septiembre y 4.6 por 1000 en marzo, frente a un promedio de 1.49 por 1000 en 2019".

La Dra. Sarah Stock de la Universidad de Edimburgo dijo: "Los números son realmente preocupantes".

Otros aspectos relacionados con la reproducción

¿Por qué las tasas de natalidad se están desplomando en el Reino Unido, Alemania, Suecia, Países Bajos, Suiza y Taiwán, después de las "vacunas" masivas contra la Covid?

Alemania informó una **disminución del 13%** en los nacimientos entre enero y marzo de 2022 en comparación con el mismo período en 2021.

El Reino Unido reportó una **disminución del 7.7%** en los nacimientos con 75 670 nacimientos entre enero y febrero de 2022 en comparación con los 82 042 nacimientos durante el mismo período en 2021.

En Suiza, las tasas de natalidad también ***se han desplomado desde la introducción de las "vacunas" contra la Covid***.

Taiwán informó una **disminución del 23.2%** en los nacimientos en mayo de 2022 en comparación con el mismo mes de 2021.

Igor Chudov, el autor de un popular boletín Covid escribió: "Cuando se expresa en "sigmas", unidades de desviación estándar, ¡***la caída del 23.24% en la tasa de natalidad en Taiwán es un evento de 26 sigma! Esto se puede describir como "inimaginable" en términos de la probabilidad de que suceda debido al azar aleatorio***.

Suecia, sin confinamiento y cierre de escuelas, reportó **una disminución del 6.6%** con 35 454 nacimientos entre enero y abril de 2022 en comparación con 37 950 nacimientos durante el mismo período en 2021.

La disminución en las tasas de natalidad es del 6.9% para ese mismo período de tiempo en comparación con el promedio de 2019-2021.

Holanda reportó **una disminución del 6.3%** con 53 090 nacimientos entre enero y abril de 2022 en comparación con 56 671 nacimientos durante el mismo período en 2021.

En conclusión, ***los datos de todo el mundo muestran una disminución mensual sustancial en las tasas de natalidad de enero de 2022 a abril de 2022 en comparación con años anteriores***.

Antes de la introducción de las "vacunas" de ARNm, hubo alrededor de 1500 ***informes de problemas de fertilidad durante los 31 años de historia de VAERS para todas las vacunas combinadas. En junio del 22, hay*** 15 000 ***informes de problemas de fertilidad solo de la "vacuna" Covid, que representa el*** 95% ***de todos los problemas de fertilidad en la historia de VAERS***.

Además de lo mencionado anteriormente en referencia a la inoculación de embarazadas, y relacionado con la reproducción, el 7 de marzo de 2022, apareció una publicación de la American Chemical Society titulada traducida: "La proteómica del semen de los hombres convalecientes de Covid-19 revela la interrupción de las vías biológicas clave relevantes para la función reproductiva masculina" (Semen Proteomics of Covid-19 Convalescent Men Reveals Disruption of Key Biological Pathways Relevant to Male Reproductive Function).

En el citado estudio se compara el semen de varones sanos y convalecientes de Covid (no nos dice si "vacunados" o no) y ***se encuentran diferencias muy significativas en cuanto a su calidad y fertilidad***. Alguien podrá alegar que se refiere a personas que han pasado Covid, no específicamente a "vacunados", lo cual es verdad, pero a esto hay que alegar que ***el síndrome Covid es*** producido ***igualmente por la proteína espiga o proteína de punta del virus y no es necesaria la presencia del supuesto virus completo para dar lugar a los principales problemas fisiopatológicos, como los trombos y la desregulación inmune,*** debido ***a la interacción de dicha proteína viral o incluso solo su subunidad S1, con el receptor ACE2 de amplia localización en órganos genitales, tanto masculinos como femeninos, incluida la placenta***.

Recordemos que las "vacunas" para Covid, se basan todas ellas en la proteína espiga (Spike) y que dichas "vacunas" están diseñadas para obligar a nuestras células a producir grandes cantidades de esta proteína y durante un tiempo indeterminado: los creadores no saben decirnos cuánto, pero a juzgar por lo que los investigadores han encontrado en la sangre de los "vacunados", al menos hasta cuatro meses después de la inoculación.

En el estudio, se investiga el impacto del síndrome Covid en el proteoma del mismo, mediante espectrometría de masas, en varones sin síntomas, es decir, clínicamente sanos y se encuentran ***48 proteínas expresadas***

diferencialmente respecto a varones no Covid, es decir, desreguladas, en el semen de los varones expuestos a Covid. De ellas 21 proteínas fueron reguladas a la baja: las principales vías involucradas en las funciones reproductivas, como el reconocimiento de espermatozoides y ovocitos, la respuesta a la testosterona, la regulación de la motilidad de los espermatozoides, la regulación de su adhesión o la actividad endopeptidasa, imprescindibles para logar una fecundación exitosa. Mientras que 27 proteínas estaban reguladas al alza: entre ellas la semenogelina 1 y la prosaposina, dos proteínas cuya desregulación es clave para alterar la fertilidad masculina.

Además, en otro estudio del proteoma testicular de pacientes que sucumbieron al síndrome Covid, se informó que un biomarcador de células de Leydig similar a la insulina 3 (INSL3) y cinco proteínas vinculadas a la biosíntesis de colesterol se redujeron significativamente, lo que indica una participación de las células de Leydig y sus funciones esteroidogénicas. Es decir ***no sólo se altera el semen y los espermatozoides sino también la síntesis de testosterona que define los caracteres sexuales secundarios del varón y es imprescindible además para su fertilidad***.

En el estudio, las características del semen, incluido el volumen de semen, el recuento de espermatozoides (mill/mL), la motilidad (%), el pH y la morfología de los espermatozoides, se evaluaron tanto para el grupo de control como para el de los recuperados de Covid. La mediana de la concentración de espermatozoides en control fue de 42.5 millones/ml, mientras que se redujo significativamente a 24 millones/ml en la cohorte recuperada. Se observó una tendencia similar en la motilidad de los espermatozoides, donde los controles tenían un 50% de espermatozoides móviles, pero fue significativamente menor al 10% en el grupo recuperado. Los datos también muestran una diferencia significativa en la morfología de los espermatozoides entre el grupo control (8.5%) y el grupo recuperado (2.5%). El pH y el volumen de semen, es decir, lo que se puede apreciar a simple vista, no mostraron ninguna diferencia apreciable entre los dos grupos.

En cuanto a la fertilidad femenina el caso es aún más dramático, en un estudio publicado el 1 de enero de 2022 en la revista Molecular Basis of Disease, por un equipo argentino que investigaba especialmente para clínicas de fertilidad y reproducción asistida, encontró en el líquido folicular ovárico, en un 91.3% de casos, anticuerpos IgG contra la proteína espiga (los mismos que induce la "vacuna" Covid) lo que se acompañaba de un menor número de ovocitos viables además de la disminución del receptor de estrógenos Erβ y del factor de crecimiento endotelial vascular. Este perfil afecta ***negativamente al microambiente folicular desregulando así la función ovárica lo que, además de la disminución de la fertilidad, podría explicar las hemorragias anormales que experimenta un gran número de mujeres "vacunadas" de Covid, incluso postmenopáusicas***.

"Es muy poco común observar inmunoglobulinas contra patógenos en los fluidos foliculares. Además, las pacientes con niveles más altos de anticuerpos presentaban un menor número de ovocitos recuperados y maduros" indicó una

científica del estudio mencionado. Aunque el estudio se refiere siempre a anticuerpos contra el Sars-CoV-2, el test usado en el mismo para detectarlos es el kit "COVIDAR IgG" un test serológico argentino que permite medir la presencia de anticuerpos contra la proteína espiga o Spike del supuesto virus Sars-Cov-2, causante del síndrome Covid.

En conclusión podemos afirmar sin temor a equivocarnos que ***la proteína espiga afecta negativamente a la fertilidad, tanto masculina como femenina, debido a su interacción con los receptores para la misma ampliamente distribuidos en los distintos órganos de los aparatos genitales. Que no se sabe durante cuánto tiempo se*** producirá ***esta desregulación y alteración de la fertilidad*** y que es preciso seguir haciendo estudios de este tipo, esta vez específicamente en personas inoculadas con la terapia génica para Covid, mal llamada "vacuna" y que ***está más que*** demostrado ***que no inmuniza pero que sí puede causar lesiones persistentes en las personas y en la especie***.

En relación a esto, encontramos el estudio realizado por Gat y colaboradores, de diversos centros médicos de Israel, que fue publicado el 17 de junio de 2022 en la revista científica Andrology. Se trata de un análisis epidemiológico de tipo retrospectivo que incluyó datos de diversos bancos de semen del país. Incluyeron un total de 220 muestras tomadas en diferentes tiempos posteriores a la segunda inoculación de 32 donadores. Los tiempos fueron: 15-45 días después de la segunda dosis (T1), 75-150 días después de la segunda dosis (T2), y más de 150 días después de la segunda dosis (T3).

Encontraron ***que la recepción del producto de Pfizer/BioNTech se asoció a la reducción de la concentración de esperma en*** 15.4% ***(intervalos de confianza: de -25.5% a -3.9%, p=0.01) y el conteo de espermatozoides móviles totales (CEMT; es decir, el número de espermatozoides que nadan en el volumen total de la muestra de semen) se redujo en*** 22.1% ***(intervalos de confianza: de -35% a -6.6%, p=0.007) en el semen colectado en T2 comparado con los parámetros basales. Al repetir el análisis usando el promedio de las muestras para cada individuo,*** encontraron ***lo mismo: una reducción de 12 millones por mililitro y una reducción de 31 millones de espermatozoides móviles en T2 con respecto al valor basal, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p=0.02 y 0.002, respectivamente).***

Una reducción promedio de 12 millones / ml en la concentración de espermatozoides en los 37 hombres es significativa, dado que la Organización Mundial de la Salud actualmente sugiere que ***la fertilidad masculina se considera normal si hay más de 15 millones de espermatozoides por mililitro. Cualquier cosa más baja se considera poco saludable***.

En particular, los autores no dijeron cuál era la concentración de espermatozoides antes de la vacunación, pero trataron de disipar los temores al agregar que se encontró una "recuperación" en las muestras tomadas más tarde en la etapa de prueba de T3 (150 días), aunque no se dieron detalles en este momento del estudio sobre en qué consistía la "recuperación".

Más abajo en el estudio, se dieron más detalles sobre la "recuperación" reportada encontrada en las muestras tomadas durante la etapa T3, que se realizaron a 174.8 ± 26.8 días o entre casi cinco y siete meses después de la "vacunación". Contrariamente a la sugerencia de que la reducción en la concentración de espermatozoides se revirtió, ***la concentración de espermatozoides en realidad* empeoró *a medida que pasaba el tiempo, con las muestras de prueba de T3 siendo un promedio de* 15.9% *peores que las pruebas previas a la "vacuna"***. ***El recuento móvil total en estas pruebas fue todavía un* 19.4% *más bajo que las pruebas previas a la vacuna, una mejora muy leve en comparación con las pruebas T2***.

El* estudio no examinó *el efecto de las "vacunas" de refuerzo sobre la fertilidad masculina, lo cual, es una limitación importante ya que sabemos que con cada inoculación las consecuencias negativas de la "vacuna" empeoran (ver el apartado titulado: "ADE y SIDA" y el apartado titulado: "Refuerzos").

Los autores concluyeron que "***la respuesta inmune sistémica después de la "vacuna" BNT162b2 (Pfizer) es una causa razonable de concentración transitoria de semen y disminución de TMC***".

Estos resultados contrastan con los que se habían publicado hace exactamente un año (literalmente; fue publicado el 17 de junio de 2021) en la revista JAMA por González y colaboradores, quienes reportaron que ***no había una reducción en ningún parámetro espermático luego de la segunda dosis de las inoculaciones de ARNm, y que, al contrario, había un ligero incremento en todos los parámetros***.

¿Por qué la diferencia?

1) ***El estudio de Gat y colaboradores (17 de junio 2022) fue realizado en hombres sanos donadores de semen, que tenían una media de edad de* 26.1 *(± 4.2 años)***. En contraste, ***el estudio de González y colaboradores (17 de junio 2021)*** incluyó ***a hombres de 18 a 50 años***. Esa diferencia es importante, porque implica que habrá más variación en los parámetros del semen (***los hombres de entre 41y 50 años tienen 3 veces más*** probabilidad ***de tener una reducción en motilidad y conteo***)

2) ***El período de seguimiento fue* diferente *entre los estudios. Gat y colaboradores los siguieron más de 150 días, González y colaboradores los siguieron durante una mediana de 75 días***. El T2, donde vieron la reducción en los dos parámetros en el estudio de Gat y colaboradores (75 a 150 días) excede el tiempo de evaluación en el estudio de González y colaboradores.

3) ***El estudio de Gat y colaboradores*** incluyó ***muestras repetidas (replicas) para reducir la variación de los parámetros en cada individuo. El estudio de González y colaboradores*** no lo hizo.

4) ***El estudio de González y colaboradores*** incluyó ***muestras de hombres que ya tenían bajos conteos iniciales (es decir, que tenían oligospermia:***

menos de 15 millones de espermatozoides/mL) mientras que el estudio de Gat y colaboradores no lo hizo.

5) ***Por cómo se presentan los resultados entre ambos estudios, no podemos*** comparar ***los valores basales (previos a las inoculaciones) entre los participantes de Israel y los de Estados Unidos***. Este valor sería importante de conocer, porque podría haber diferencias en los parámetros del semen entre países que se deban a otros factores.

A partir del estudio de González y colaboradores, los verificadores saltaron prestos y obedientes para asegurar que "la vacuna contra el Covid-19 no afecta la fertilidad masculina", ***aunque el mismo estudio de González y colaboradores*** aclaró ***que esos parámetros que midieron no son lo único que determina la fertilidad***.

Aún aceptando que fuera cierto el reporte en el estudio sobre normalización a los 5 meses de los parámetros espermáticos, debemos recordar ***que no*** incluyeron ***a nadie con más dosis de refuerzos, por tanto, no podemos saber lo que ocasionarán estas dosis repetidas***. De cualquier manera, aún aceptando que existiera dicha mejoría en la etapa T3, ***una reducción de la magnitud que*** detectaron ***en concentración espermática y conteo total de motilidad durante cinco meses post inoculación*** no debe ***de ser ignorada***. Habrá que ver el impacto en la tasa de nacimientos. Es complejo hacerlo porque la tasa de nacimientos está influenciada por muchas cosas, desde biológicas hasta económicas y culturales. Sin embargo, definitivamente, ***es*** inexacto e incorrecto ***decir que "las inoculaciones de ARNm no impactan en la cantidad y parámetros de motilidad de los espermatozoides"***.

Estos hallazgos no son nuevos para aquellos que han estado advirtiendo sobre los peligros que representan las inyecciones de Covid-19. A principios del 22, el abogado Thomas Renz reveló datos de denunciantes sobre las inyecciones de los médicos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

Renz le dijo a LifeSiteNews que hubo ***un aumento del*** 344% ***en la infertilidad masculina en 2021, en comparación con el promedio de cinco años desde 2016 hasta 2020***. ***La infertilidad femenina también aumentó significativamente en un*** 471%***, al igual que los abortos espontáneos en un*** 279% ***en comparación con el promedio de cinco años anterior***.

Los propios datos del ensayo de Pfizer mostraron que los participantes masculinos recibieron instrucciones de abstenerse de tener relaciones sexuales o de usar condones, mientras estaban activamente en el ensayo. La propia documentación de la "vacuna" señaló que "***no había sido evaluada por el potencial de causar carcinogenicidad, genotoxicidad o deterioro de la fertilidad masculina***". La instrucción de abstenerse, o usar un condón, se extendió por 28 días después de la última inyección, para "eliminar el riesgo de seguridad reproductiva".

Por otro lado, un efecto secundario que ha aparecido en los titulares de los medios alternativos durante el último año es el sangrado anormal y las irregularidades menstruales. Mujeres de distintas partes del mundo han reportado que sus ciclos menstruales sufrieron alteraciones tras recibir la "vacuna" antiCovid-19. ***Estas alteraciones incluyen períodos más abundantes, más tempranos y más dolorosos, así como hemorragias inesperadas o manchado entre mujeres que toman anticonceptivos de acción prolongada o aquellas en etapa posmenopáusica y no han tenido un*** período ***en años o incluso décadas***. También ***se ha*** informado ***sangrado vaginal tanto en niñas inoculadas que no tienen la edad suficiente para comenzar la menstruación.*** Las autoridades de salud han tratado de ignorar estos reportes, pero se han vuelto demasiado evidentes para seguir haciéndolo.

Una encuesta en línea realizada por investigadores de la Universidad de Washington en St. Louis revela que ***las personas transgénero también informan de menstruación avanzada, a pesar de estar tomando hormonas supresoras de la menstruación***. Según lo informado por Newswise:

El estudio es el primero en examinar el sangrado intermenstrual asociado a la "vacuna' en personas que toman testosterona u otras hormonas que suprimen la menstruación. La investigación se centra en personas con una variedad de identidades de género, como transgénero, no binario o de género fluido.

Los estudios previos de los síntomas menstruales relacionados con la "vacuna" Covid-19 se han centrado en gran medida en las mujeres cisgénero (cis), aquellas cuya identidad de género coincide con el género femenino que se les asignó al nacer.

De más de 160 000 encuestados, los investigadores identificaron a 552 personas que dijeron que usaban testosterona u otras hormonas de afirmación de género y que por lo general no menstruaban. La mayoría de estos encuestados (84%) seleccionaron más de una categoría de género, con 460 identificándose como transgénero, 373 especificando hombre o hombre identificado, 241 identificándose como no binario y 124 indicando que eran genderqueer/género no conforme.

Un tercio de estas encuestadas informaron ***sangrado intermenstrual después de recibir una "vacuna" contra Covid-19, el 9%*** informaron ***dolor en el pecho o los senos y el 46% informaron tener otros síntomas que normalmente asociarían con un período, como calambres e hinchazón***.

Algunas encuestadas usaron ***los cuadros de texto abiertos de la encuesta para informar impactos negativos significativos en la salud*** mental ***en respuesta a los síntomas de su período, que incluyen ansiedad, depresión, disforia de género, ataques de pánico e ideación suicida***.

Por otro lado, durante más de 109 años, se informaron menos de 40 casos de desprendimiento de yeso decidual (DCS), durante los cuales se desprendió intacto el grueso revestimiento mucoso del útero. Pero ***durante un período de 7.5***

meses en 2021, 292 mujeres lo experimentaron***, lo que genera dudas sobre si las "vacunas" contra la Covid-19 podrían ser las culpables***.

El desprendimiento del yeso decidual, conocido clínicamente como dismenorrea membranosa, es tan raro que la mayoría de las personas nunca han oído hablar de él, incluidos la mayoría de los trabajadores de la salud. Describe un evento ginecológico durante el cual la decidua, o la membrana mucosa gruesa que recubre el útero, se desprende en forma completa e intacta.

El "yeso" que se desprende de la vagina es carnoso y de color rojo o rosado, típicamente con una forma triangular que refleja la forma interna de la cavidad uterina.

La encuesta MyCycleStory se distribuyó a través de las redes sociales desde el 16 de mayo de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021. ***Las anomalías menstruales se han vuelto*** comunes ***después del lanzamiento de las "vacunas" contra la Covid-19***, y la encuesta de 91 preguntas estaba dirigida a mujeres de 18 años o más que estaban experimentando anomalías menstruales. De las 6049 mujeres que respondieron, 292, o el 4.83%, informaron haber experimentado un incidente de DCS durante el período de recopilación de datos de 7.5 meses.

De este grupo, ***el*** 96.2% ***también dijo que había experimentado problemas de salud o irregularidades menstruales desde enero de 2021,*** coincidiendo ***con el lanzamiento de las "vacunas" Covid-19 en los EE. UU***. Según el estudio, que se publicó en The Gazette of Medical Sciences en abril de 2022:

"Sin duda, ***éste es un aumento significativo en los eventos de DCS***. Dada la ocurrencia contemporánea de la pandemia y las irregularidades menstruales, solo se puede especular sobre la etiología exacta de los eventos de DCS entre las encuestadas.

Los ciclos menstruales ovulatorios normales no deberían resultar en EDC sino en una menstruación organizada normal. La relación temporal del rápido aumento de la EDC con la pandemia plantea la cuestión de una relación con otros factores como el estrés, la exposición a proteínas de punta (por Covid-19 o 'vacunación') u otros factores".

Se ha sugerido que el embarazo ectópico y los anticonceptivos hormonales pueden estar asociados con la EDC, sin embargo, ***los datos del estudio*** sugirieron ***que no hubo correlación entre el aumento de casos de EDC y el estrés o el uso de anticonceptivos hormonales u otras terapias hormonales***.

El estudio también monitoreó las tendencias en los términos de búsqueda de Google "decidual cast" y "decidual cast Covid vaccine" desde septiembre de 2020 hasta marzo de 2022. Recuerde, "decidual cast" es un término que pocos conocen, pero los investigadores revelaron un pequeño aumento de las búsquedas en enero y febrero de 2021, cuando se lanzaron las "vacunas" contra la Covid-19.

Luego ocurrieron aumentos dramáticos en abril de 2021 y junio de 2021, lo que representa ***un aumento de más del 2000% con respecto a los meses anteriores y posteriores***. Los investigadores especulan que el pico de junio de 2021 puede haber estado relacionado con su encuesta, ya que la mayoría de los datos se recopilaron entre mayo y julio de 2021. Es probable que quienes respondieron a la encuesta hayan buscado en Google "decidual cast" para averiguar qué era antes de responder preguntas relacionadas.

Sin embargo, el pico de abril ocurrió antes de que se distribuyera la encuesta, durante el tiempo en que comenzaba a correr la voz sobre las irregularidades menstruales después de las "vacunas" contra la Covid-19. Según los investigadores, entre los que se encuentra Christiane Northrup, exmiembro del Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología:

"Especulamos que las ***personas estaban investigando su propia experiencia anormal para comprender mejor el fenómeno***, antes de exponerse a nuestra encuesta. Estos plazos también se alinean con el inicio de la distribución generalizada de la 'vacuna' Covid-19".

Si bien el estudio no puede determinar la causa del aumento de DCS descubierto por la encuesta, ***los investigadores creen que un estado de hipercoagulabilidad inducido por las inyecciones*** podría conducir ***a una estructura de fibrina que se asemeja a DCS***. ***Los embalsamadores también han*** revelado ***extraños coágulos fibrosos que han extraído post mortem durante el proceso de embalsamamiento, coágulos únicos que no habían visto antes de la pandemia***.

Un embalsamador que encontró múltiples coágulos de este tipo describió la sangre como "***'anormalmente espesa y pegajosa***' y difícil de quitar de los guantes o de la mesa de embalsamamiento", y señaló que los coágulos eran "difíciles de romper". Dado que "***la 'vacuna' contra la Covid-19 está*** asociada ***con tromboembolismo venoso y microarterial y macroarterial"***, y ***los embalsamadores también están encontrando coágulos blancos duraderos en los cuerpos*** que comenzaron a aparecer durante la pandemia, los investigadores sugirieron:

"Especulamos que ***una posible explicación del aumento en los informes de desprendimiento de yeso decidual podría representar una sustancia similar a un tejido de apariencia similar que está compuesta por un coágulo cargado de fibrina en lugar de un simple yeso decidual***".

Los documentos de la "vacuna" Covid-19 también muestran que ***las nanopartículas lipídicas y la carga de ARNm de las inyecciones se acumulan en los ovarios***. Esto puede conducir a ***una respuesta inflamatoria u otros cambios que podrían desencadenar irregularidades menstruales***. Por lo tanto, ***otra hipótesis detrás del aumento en los casos de DCS, señalaron, podría ser que "la 'vacuna' Covid-19*** interrumpe ***el complejo equilibrio de la ovulación orquestado por el eje hipotalámico-pituitario-ovárico y, por lo tanto, produce trastornos hemorrágicos anovulatorios"***.

Es importante comprender que los ensayos clínicos de la "vacuna" Covid-19 no analizaron ***los efectos potenciales de las inyecciones en los sistemas reproductivos de las mujeres***.

Gunnveig Grødeland, investigadora noruega de vacunas de la Universidad de Oslo y del Hospital Universitario de Oslo, dijo para TV2.no: "***Hay un número suficiente de mujeres que están*** experimentando ***alteraciones, no solo en Noruega, sino también en el extranjero, lo que hace posible que todo esto se relacione con la vacuna***".

En la actualidad, el Instituto Noruego de Salud Pública (NIPH) estudia el sangrado menstrual en 60 000 mujeres noruegas de entre 11 y 80 años con el fin de determinar si las estas irregularidades se relacionan con las "vacunas" antiCovid.

"No podemos descartar que exista una conexión entre estas irregularidades menstruales y la vacuna. Nos tomamos estos reportes muy en serio y estamos haciendo un trabajo minucioso para estudiar las posibles correlaciones", dijo Lill Trogstad del NIPH para TV2.no.

Kate Clancy, ecóloga reproductiva humana y profesora asociada de antropología en la Universidad de Illinois Urbana-Champaign, y Katharine Lee, antropóloga biológica que estudia la salud de la mujer en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en St. Louis, también tienen más de 140 000 reportes de mujeres que han experimentado alteraciones en su período tras recibir la "vacuna" antiCovid y que están documentando de manera formal en un estudio abierto.

En el Reino Unido, también se han reportado otros 30 000 casos de alteraciones en el período tras la "vacunación". La implicación es que las "vacunas" podrían producir un efecto en la fertilidad, pero las autoridades se han encargado de negar cualquier tipo de relación.

En un editorial que se publicó en BMJ, Victoria Male, profesora de inmunología reproductiva en el Imperial College de Londres, afirmó que cuando se trata de alteraciones menstruales tras recibir la "vacuna" antiCovid, "hay una relación plausible que debe investigarse". Según Male:

"Se han reportado alteraciones menstruales tras recibir 'vacunas' antiCovid de ARNm y adenovirus, lo que sugiere que, si existe una conexión, es probable que se deba a la respuesta inmunológica a la 'vacuna' y no a un componente específico de la misma. También se ha asociado la 'vacunación' contra el virus del papiloma humano (VPH) con alteraciones en la menstruación.

Algunos mecanismos plausibles en términos biológicos que relacionan la estimulación inmunológica con los cambios menstruales, incluyen la manera en que el sistema inmunológico podría influir sobre las hormonas que están involucradas en el ciclo menstrual o cómo las células inmunológicas tienen que ver con algunos cambios en el revestimiento del útero, las cuáles son responsables de la acumulación y descomposición cíclica de este tejido. Realizar

una investigación que analice la posibilidad de que exista una relación entre las 'vacunas' antiCovid y las alteraciones menstruales también podría ayudar a comprender el mecanismo".

Según un estudio del Instituto Noruego de Salud Pública (NIPH), las mujeres jóvenes están experimentando cambios en sus períodos, incluido un sangrado más abundante, después de recibir tanto la primera como la segunda dosis contra el coronavirus.

Las mujeres de entre 18 y 30 años que participaron en un gran estudio de población realizado por NIPH este año informaron un aumento en la incidencia de cambios menstruales. "***Muchas mujeres informaron tener períodos más abundantes de lo normal después de la primera y segunda dosis de la vacuna***", dijo el estudio.

Mientras que alrededor del 7.6% de los participantes experimentaron un sangrado más abundante antes de la "vacunación", el número de mujeres que informaron períodos más abundantes después de la primera dosis aumentó al 13.6%. Después de la segunda dosis, aumentó aún más al 15.3%.

Los cambios después de la primera dosis son "transitorios", según el estudio, que afirma que el sangrado volvió a niveles normales alrededor de dos o tres meses después del pinchazo. Sin embargo, ***entre las mujeres que experimentaron cambios después de la primera inyección, casi dos de cada tres lo notificaron nuevamente después de la segunda dosis***.

El líder del proyecto NIPH, Lill Trogstad, señaló que los cambios menstruales son "muy comunes" en general, pero ***los porcentajes estaban aumentando después de la "vacunación"***. Trogstad dijo que los hallazgos iniciales requerían un análisis adicional para aclarar si los períodos se ven realmente afectados por las "vacunas". Los resultados aún no han sido revisados por pares.

El NIPH ha agregado preguntas sobre los cambios en los períodos a varios estudios nacionales en curso después de que se recibieron los informes iniciales de tales posibles efectos secundarios a principios de este año. Más de 60 000 mujeres de entre 12 y 80 años han participado hasta ahora en una investigación sobre la asociación entre varios cambios menstruales y la "vacunación" contra la Covid.

Con base en los hallazgos en mujeres jóvenes, se ***recomendó "retrasar la 'vacunación' hasta que se investigue la causa o los síntomas hayan pasado"***.

Un estudio publicado la revista Obstetrics & Gynecology y confirma que los ciclos menstruales de las mujeres cambiaron tras la "vacunación" contra el coronavirus. Las mujeres inoculadas tenían ciclos menstruales ligeramente más largos después de recibir la vacuna que las no "vacunadas".

El retraso fue más pronunciado en las mujeres que recibieron las dos dosis de la "vacuna" durante el mismo ciclo menstrual. Los investigadores descubrieron que estas mujeres tenían la menstruación dos días más tarde de lo habitual.

El estudio es uno de los primeros en respaldar los informes de mujeres que afirman que sus ciclos menstruales se retrasaron después de la "vacunación", dijo Hugh Taylor, director del departamento de obstetricia, ginecología y ciencias de la reproducción de la Escuela de Medicina de Yale.

"Valida que hay algo real", dijo Taylor, quien ha oído hablar de ciclos irregulares de sus pacientes.

Las mujeres posmenopáusicas experimentan sangrado o manchado vaginal, ya sea después de la "vacunación" o no, lo que puede tener consecuencias clínicas graves y deben ser evaluadas por un médico.

El estudio lo llevaron a cabo investigadores en la Universidad Oregón Health & Science y la Escuela de Medicina Warren Alpert de la Universidad de Brown, en una colaboración con investigadores de Natural Cycles, cuya aplicación utilizan millones de mujeres en todo el mundo.

La data sin identificar de usuarias que dieron su consentimiento para que su información fuera incorporada a la investigación brindó una gran cantidad de evidencia sobre el modo en que los ciclos de las mujeres cambiaron durante la pandemia.

Los investigadores examinaron los registros de casi 4000 mujeres que habían monitoreado meticulosamente su menstruación en tiempo real, entre ellas 2400 que se "vacunaron" contra el coronavirus y unas 1550 que no estaban "vacunadas". Todas eran residentes de Estados Unidos de entre 18 y 45 años que habían llevado registro de sus periodos menstruales durante al menos seis meses.

Janci Chunn Lindsay, Ph.D., bióloga molecular y toxicóloga, ha pedido el cese inmediato de las "vacunas" de ADN y ARNm de Covid-19 debido a múltiples preocupaciones de seguridad.

"***Si todo lo que hacen estas terapias genéticas es reducir las enfermedades, entonces no son una 'vacuna', son un tratamiento***", dice Janci Chunn Lindsay. "***Son un tratamiento del que no se conocen las consecuencias a medio o largo plazo, que ya han provocado una serie de efectos adversos***. Tienes que usar tu sentido común para decir, ¿por qué no usaría un tratamiento que se sabe que es seguro durante más de 70 años en lugar de uno que es nuevo, que es experimental?".

Existe una preocupación creíble de que ***las inyecciones antiCovid*** reaccionen ***de forma cruzada con la sincitina (una proteína de la envoltura retroviral) y los genes reproductivos en los espermatozoides, los óvulos y la placenta de maneras que pueden afectar la fertilidad y los resultados reproductivos***.

Ni un solo estudio ha refutado esta hipótesis, anotó. Otra teoría de cómo estas inyecciones pueden afectar la fertilidad se puede encontrar en un estudio de 2006, 1 que mostró que los espermatozoides pueden absorber ARNm extraño, convertirlo en ADN y liberarlo como pequeños gránulos (plásmidos) en el medio alrededor del óvulo fertilizado.

Luego, el embrión toma estos plásmidos y los transporta (los sostiene y los clona en muchas de las células hijas) a lo largo de su vida, incluso pasándolos a las generaciones futuras. Es posible que los pseudo-exosomas que son el contenido de ARNm sean perfectos para suministrar a los espermatozoides ARNm para la proteína de pico.

Entonces, potencialmente, ***una mujer "vacunada" que queda embarazada de un embrión que puede (a través de los plásmidos de los espermatozoides) sintetizar la proteína de punta de acuerdo con las instrucciones de la "vacuna", tendría una capacidad inmune para atacar ese embrión debido a la "Proteína que muestra en sus células***. ***Esto entonces provocaría un aborto espontáneo***.

Lindsay cita un estudio de Singapur que examinó la capacidad del pinchazo antiCovid para interferir con la fertilidad al activar el anti-sincitina-1. El estudio incluyó a 15 mujeres, dos de las cuales estaban embarazadas. Ella explica:

"Hicieron algo que había pedido que se hiciera hace mucho tiempo, que fue medir los anticuerpos anti-sincitina en una prueba ELISA. Las sincitinas son conformacional y genéticamente similares a la proteína de pico del SARS-CoV-2, esta proteína de pico fusogénica.

La idea de varios expertos fue que podría tener una reacción autoinmune a los sincitinas al desarrollar una reacción inmune a la proteína de pico, y eso evitaría un embarazo exitoso.

Pero **las sincitinas también son** importantes **en una serie de enfermedades psicológicas, como la depresión bipolar. Son importantes en enfermedades autoinmunes, lupus y esclerosis múltiple. Están presentes en el músculo esquelético. Existe alguna asociación con el cáncer de mama. Son elementos retrovirales antiguos realmente importantes**.

Lo que encontró ***este estudio fue extremadamente interesante. Encontró que todas y cada una de estas mujeres que habían sido "vacunadas" desarrollaron autoanticuerpos contra la sincitina-1***.

Pero había una clara diferencia entre los sueros [muestra de sangre] previos a la terapia génica y los sueros posteriores a la terapia. Lo que muestra es que hay una respuesta de anticuerpos, y la importancia de la misma, no lo sabemos realmente. Pero ***todas y cada una de las mujeres desarrollaron una respuesta de anticuerpos que fue diferente de la línea de base y creo que eso es probablemente lo que está causando algunas de estas pérdidas de embarazos***".

"***Potencialmente podríamos estar*** esterilizando ***a toda una generación***", advirtió Lindsey. ***El hecho de que haya habido nacidos vivos después de la "vacunación" de Covid-19 no es una prueba de que estas inyecciones no tengan un efecto reproductivo***, dijo.

Lindsay también señaló que ***los informes de irregularidades menstruales y hemorragia vaginal en mujeres que han recibido las inyecciones se cuentan por miles y esto también apunta a efectos reproductivos***.

En el caso de las inyecciones antiCovid, no se realizaron importantes estudios en animales que ayuden a determinar los efectos tóxicos y sistémicos. Ahora estamos viendo señales de peligro que no se están escuchando. Los resultados preliminares de seguridad de las inyecciones de ARNm de Covid utilizadas en mujeres embarazadas, publicados en abril de 2021, revelaron una tasa de aborto espontáneo del 82% cuando se administró la inyección durante las primeras 20 semanas de embarazo.

Los datos de los CDC revelan que más de 300 niños entre las edades de 12 y 18 han muerto de miocarditis, un efecto secundario ahora reconocido del jab de Covid, sin embargo, la inyección ahora está autorizada para niños de hasta 5 años.

Dado que los sueros antiCovid no previenen la infección, sino que, supuestamente, solo alivian los síntomas (lo cual tampoco sucede), en realidad son un tratamiento, no una prevención. Y hay tratamientos disponibles mucho más seguros y efectivos, que incluyen peróxido nebulizado, ozonoterapia y regímenes de hidroxicloroquina e ivermectina.

El ARNm es extremadamente frágil, por lo que se utiliza un sistema de liberación de nanolípidos con polietilenglicol. Además, ***aproximadamente el 30% del ARNm se ha modificado genéticamente para disminuir la degradación. Como resultado, el ARNm que se inyecta es magnitudes más resistente que el ARNm natural***.

Además, los nanoliposomas permiten una ***penetración superior en los tejidos y ahora sabemos que se propaga por todo el cuerpo. No se queda en su deltoides***. Sin embargo, aún se desconoce cuánto tiempo permanece viable este ARNm modificado y estabilizado. Una pregunta complementaria es si este ARNm podría integrarse en su genoma para convertirse en un elemento permanente.

"La respuesta es que no lo sabemos con certeza", dice Lindsay. "Por supuesto, con las 'vacunas' de vectores adenovirales [Janssen y AstraZeneca], son más propensas a integrarse en el genoma. Lo sabemos por estudios con animales y experimentos pasados.

Con la tecnología de ARNm, nunca hemos estabilizado algo así de esta manera. Lo que sí sabemos es que han salido estudios recientes, el grupo de Bruce Patterson y otro grupo, ambos descubrieron que ***la proteína de pico se***

expresa, está presente en los monocitos, desde el momento en que las personas recibieron la terapia génica.

Entonces, eso nos da una indicación de que ***es resistente, seguro, a la degradación***. ***Cuanto más tiempo permanezca y sea resistente a la degradación, es más probable que ocurran eventos de integración genómica***. Pero no sé la respuesta a si se convertirá o no en una característica permanente".

Aparte de los problemas de fertilidad, la inflamación del corazón y los coágulos de sangre, otro efecto secundario que se observa ***entre las personas completamente "vacunadas" es la diabetes tipo 1 de novo en los adultos***. Esto tiene sentido considerando que el estudio de biodistribución de Pfizer mostró que la proteína de pico se acumula en el páncreas.

La diabetes tipo 1 es un problema ***grave, ya que lo deja con una discapacidad metabólica por el resto de su vida, que depende de inyecciones de insulina extremadamente costosas. Los médicos también informan un aumento en el cáncer de páncreas y la leucemia mieloide aguda.***

El Dr. Hervé Seligmann, profesor del Instituto de Tecnología de Microestructuras del Instituto de Tecnología de Karlsruhe (KIT), examinó la fertilidad en países que se han "vacunado" masivamente contra la Covid-19 en comparación con los que no lo han hecho, y concluye que ***la fertilidad de las mujeres disminuye cuanto más se "vacunan" las mujeres***.

El examen de los datos confirma el estudio de Shimabukuro et al (2021) que mostró que ***el 80% de los embarazos terminaron en abortos espontáneos en los primeros tres meses de embarazo, después de la "vacuna"***.

De igual forma los datos de VAERS revelan ***50 veces más embarazos ectópicos después de las inyecciones de Covid en 11 meses que después de todas las "vacunas" durante los últimos 30 años***. El embarazo ectópico, también llamado embarazo extrauterino, se produce cuando un óvulo fecundado crece fuera del útero de la mujer, en algún otro lugar de su vientre. Puede causar hemorragias potencialmente mortales y necesita atención médica de inmediato. En más del 90% de los casos, el óvulo se implanta en una trompa de Falopio. A esto se le llama embarazo tubárico. Debido a que un óvulo fertilizado no puede sobrevivir fuera del útero, su médico deberá extraerlo para que no tenga problemas de salud graves. Utilizarán uno de dos métodos: medicación o cirugía.

En el primer gráfico, se puede ver una disminución en la fertilidad cuanto más se "vacuna" un país, con 3 países con valores atípicos claros, Israel, Mongolia y Seychelles. En el segundo gráfico, los datos se corrigen según la riqueza de los países (los países más pobres tienen mayor fecundidad). Después de la corrección, Seychelles y Mongolia vuelven a la norma, y solo Israel continúa disfrutando de una fertilidad relativamente alta a pesar del alto porcentaje de mujeres "vacunadas".

Aunque el Dr. Seligmann no explica el motivo de la anomalía israelí, el director de la organización Nakim, Haim Yativ, dice que la anomalía en Israel puede explicarse por el hecho de que Israel es el estado de laboratorio de Pfizer y que debe haber recibido un alto porcentaje de receptores de placebo para probar los resultados de la "vacuna" como grupo de control.

En el tercer gráfico, el Dr. Seligmann compara los datos de fertilidad de 2019 con los de 2021. En el gráfico se puede ver la tendencia a la baja en la fertilidad cuanto más mujeres se "vacunan". Al mismo tiempo se puede observar que en promedio en 2021 la fecundidad fue mayor que en 2019, posiblemente explicado por los encierros del Covid-19 y/u otros factores sociales relacionados con la situación.

En conclusión, el Dr. Seligman estima que ***el daño a la fertilidad pronto debería parecer aún más severo debido al efecto de las "vacunas" en los hombres y el embarazo***:

"Las comparaciones entre países muestran una menor fertilidad asociada con la 'vacunación' femenina", escribe. "Esto está en consonancia con las sospechas de mayores riesgos adversos del embarazo en las mujeres 'vacunadas' durante el primer trimestre del embarazo. Es posible que ***los efectos de la 'vacunación' masculina independientemente de los efectos de la 'vacunación' femenina sean detectables si la fertilidad se estimara por el número de embarazos, no por el número de nacimientos, durante un período más largo, ya que la fertilidad masculina afecta más directamente las frecuencias de embarazos y más indirectamente los resultados del embarazo***. Los datos analizados reflejan casi exclusivamente los efectos de la 'vacuna' durante el embarazo. Pronto, ***los efectos de la 'vacunación' en el período anterior a la concepción, incluso en los hombres, deberían aparecer y fortalecer la disminución de la fertilidad observada en este punto***".

Haim Yativ señala que los nacimientos no garantizan la salud de los bebés nacidos de padres vacunados y que los informes de defectos genéticos en varios lugares no se han investigado, sino que se han ignorado.

También señala que en esta etapa no es posible sacar conclusiones sobre el daño a la fertilidad masculina, y que "tendremos que esperar unos meses más desde que comenzó la campaña de 'vacunación' en varios países, pero ya en esta etapa podemos referirnos a las muchas advertencias de los expertos sobre esterilización y/o daño genético a su futura descendencia".

"Los efectos de la 'vacunación' sobre la fertilidad probablemente aumentarán a medida que los efectos en los períodos previos a la concepción, incluidos los hombres, se vuelvan más comunes, más allá de los efectos de la 'vacunación' durante el embarazo", concluye Yativ.

"***Estas 'vacunas' antiCovid son*** 800 veces más mortales ***que la que se consideraba la vacuna más mortífera de la historia de la humanidad. Así***

que no cabe la menor duda de que se trata de las 'vacunas' más mortales que ha creado el hombre y que se promocionan como seguras y efectivas".

Problemas neurológicos

En diversas ocasiones, durante los últimos meses, se han explicado los mecanismos mediante los cuales la proteína Spike de SARS-CoV-2 puede inducir daño. Se ha hablado ***del aspecto del daño endotelial y desregulación del eje renina-angiotensina, que lleva a inflamación excesiva, y a la producción de coágulos, así como un cuadro de hipertensión. Juntos, estos fenómenos son la "receta" para producir cuadros de tromboembolismos que clínicamente se pueden ver como accidentes vasculares cerebrales e infartos de extremidades y diversos órganos, incluyendo el corazón. Esto explica tantos eventos post-"vacunales" que se están registrando en el planeta, a una tasa sin precedentes***.

También es importante hablar de los problemas neurológicos que originan los sueros experimentales y que se muestran en distintas publicaciones (por ejemplo: (1) (2) (3) (4) (5) (6)).

Las enfermedades priónicas son un grupo de enfermedades neurodegenerativas graves causadas por proteínas priónicas mal plegadas. La enfermedad priónica más común en humanos es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), siempre fatal y esporádica, que representa más del 85% de los casos. Las enfermedades priónicas se denominan más específicamente encefalopatías espongiformes transmisibles (EET), y la ***infección se puede propagar a través de la exposición a proteínas mal plegadas como agentes "infecciosos", sin requerir un patógeno vivo***. PrP es el nombre que se le da a la proteína priónica específica asociada con estas EET. Las proteínas PrP mal plegadas actúan como una semilla o catalizador que luego recluta otras moléculas de PrP para que se plieguen mal de la misma manera y se unan en fibrillas patógenas.

MADCOW, la enfermedad que afectó a un gran número de vacas en Europa a partir de la década de 1990, es probablemente la EET más conocida. Si bien comer carne de res de un animal infectado es un factor de riesgo muy raro, la mayoría de los casos de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob ocurren por razones desconocidas y no se han identificado otros factores de riesgo. Un estudio realizado en Suiza confirmó que muchos pacientes que fallecieron a causa de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob tenían niveles detectables de una proteína priónica en el bazo y los músculos, además del lóbulo olfativo y el sistema nervioso central. De manera más general, se ha encontrado consistentemente que las enfermedades que involucran PrP mal plegadas involucran una fase temprana inicial de replicación de priones en el bazo que ocurre mucho antes de que aparezcan los síntomas manifiestos. Este punto se vuelve importante cuando consideramos si las vacunas Covid-19 podrían causar enfermedades priónicas.

PrP tiene una característica única que contiene múltiples copias de un motivo característico en su secuencia de aminoácidos que se denomina motivo «GxxxG», también conocido como "cremallera de glicina". Estas proteínas normalmente se pliegan en una forma característica llamada hélice alfa, lo que permite que la proteína penetre en la membrana plasmática. Las glicinas en el motivo de la cremallera juegan un papel esencial en el entrecruzamiento y la estabilización de las hélices alfa. Este motivo de cremallera de glicina también es una característica común de muchas proteínas transmembrana (proteínas que cruzan la membrana de la célula).

De hecho, la teórica proteína del pico del coronavirus tiene un motivo GxxxG en su dominio transmembrana (específicamente, GFIAG: glicina, fenilalanina, isoprolina, alanina, glicina). Hay una plataforma llamada "Uniprot" donde puedes consultar la secuencia de proteínas específicas. La entrada de Uniprot para la proteína de punta SARS-CoV-2 tiene cinco secuencias de cremallera de glicina en total.

Muchas enfermedades neurodegenerativas se han relacionado con proteínas específicas que tienen propiedades similares a las de los priones, y estas enfermedades se caracterizan como enfermedades de plegamiento incorrecto de proteínas o proteopatías. Al igual que la PrP, las proteínas similares a los priones se vuelven patógenas cuando sus hélices alfa se pliegan incorrectamente como láminas beta, y la proteína pierde su capacidad para ingresar a la membrana. Estas enfermedades incluyen el Alzheimer, la esclerosis lateral amiotrófica (ALS), la enfermedad de Huntington y la enfermedad de Parkinson, y cada una de ellas está asociada con una proteína particular que se pliega mal y se acumula en cuerpos de inclusión en asociación con la enfermedad. Ya vimos que la enfermedad de Parkinson se caracteriza por cuerpos de Lewy en la sustancia negra que acumulan α-sinucleína mal plegada.

Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson es el segundo trastorno neurodegenerativo más común y el trastorno motor neurodegenerativo más común. Se desconoce la causa raíz de casi el 90% de los casos, pero se ha teorizado que a menudo se trata de infecciones virales. Se puede argumentar que la pérdida del sentido del olfato y/o del gusto en asociación con Covid-19 es un signo de un vínculo parkinsoniano, ya que este síntoma también es un signo temprano de la enfermedad de Parkinson.

En esta publicación, escrita por Oldfield y colaboradores, y publicada en la revista Vaccines, se hace una revisión sobre los mecanismos mediante los cuales la proteína Spike puede afectar el cerebro y provocar síntomas neurológicos. Se ha visto que los pacientes que tienen historial de complicaciones neurológicas pueden tener mayor riesgo de desarrollar otras patologías de largo plazo, asociadas con la proteína priónica the α-sinucleina (α-synuclein, en inglés). Estas patologías incluyen a la enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy que, en el contexto del Covid-19, se generan por exposición a Spike. Aquí se hace referencia a Spike producido durante la infección con SARS-CoV-2 (Spike viral) y a Spike producido por las "vacunas" de ARNm (Pfizer/BioNTech y Moderna) y vectorizadas (Astrazeneca, Cansino, Johnson y Johnson) (Spike vacunal). La

Spike, independientemente de su origen, puede cruzar la barrera hematoencefálica, ocasionando, como dije en el párrafo previo, inflamación y coágulos en el cerebro.

¿Entonces, el riesgo es el mismo con la "vacunación" contra Covid-19 que con la supuesta infección natural? En realidad no hay estudios que comparen este riesgo entre "vacunados" e infectados, pero si nos basamos en lo que se conoce de la farmacocinética de las vacunas de ARNm y en lo que se conoce sobre la patogenia del virus, podemos hipotetizar que el riesgo no sería equivalente. Más detalladamente: 1) ***cuando una persona se infecta con el SARS-CoV-2, en general (a menos de que tenga factores de riesgo o se haya expuesto a una carga viral muy alta) no generará muchos viriones (son los virus individuales) su carga viral es baja, suele establecer una infección local, no sistémica, y los efectos sistémicos suelen deberse a la desregulación inmune, no a la replicación del virus***. Entonces, hay mucha variación en la cantidad de virus que tienen las personas infectadas (con la mayoría teniendo baja carga viral) y en la mayoría de los casos, ***sin que los virus viajen por sangre hasta cruzar la barrera hematoencefálica***, 2) si las "vacunas" se están elaborando adecuadamente (en términos de manufactura), cada vial tendría que contener exactamente lo mismo. Por lo tanto, cada persona inoculada se habrá expuesto a la misma cantidad de ARNm o de copias de adenovirus (en las vectorizadas). Donde ***habrá cierta variación es en la cantidad de Spike que producirán las personas*** (depende de muchos factores), pero con base en los estudios de farmacocinética de Pfizer, se sabe que el ARNm de la vacuna cruza la barrera hematoencefálica, pudiendo localizarse en el cerebro hasta 96 horas después. ***Si este ARNm es endocitado ("metido" en las células), éstas comenzarán a producir Spike, dentro del cerebro***.

Los autores del estudio reconocen que ***si la expresión de las proteínas Spike no se limitan al sitio de la inyección y nódulos linfáticos cercanos, entonces hay un potencial de implicaciones de largo plazo después de la inoculación***.

Este punto es importante a tener en cuenta porque: 1) no todos los humanos que habitamos este planeta hemos sido expuestos al SARS-CoV-2, pero si se lleva a cabo el plan de vacunación de la OMS, todos los humanos que habitan este planeta (que se dejen, por supuesto), estarían expuestos (cada 3 o 4 meses) a las "vacunas". Eso sí que es una diferencia importante. Entonces, ***sí que sería mayor el riesgo de sufrir complicaciones neurológicas asociadas a la "vacunación", en particular en personas que ya tienen predisposición***.

Por otro lado, estudios sobre las inyecciones contra la Covid-19 han sugerido ***una asociación entre la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD), una enfermedad priónica incurable y mortal, y la inyección contra la Covid-19***. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, es una enfermedad rara causada por una proteína anormal en el cerebro llamada prión (los priones ocurren naturalmente en el cerebro y generalmente son inofensivos, pero cuando se enferman o se doblan mal, afectarán a los priones cercanos para que también se deformen, lo que lleva al deterioro del tejido cerebral y la muerte), es una forma de daño

cerebral que lleva a una disminución rápida en el movimiento y pérdida de la función mental.

La enfermedad es incurable ya que una vez que un prión se infecta, continuará propagándose a otros priones sin ningún tratamiento capaz de detener su progreso.

La mayoría de las personas con CJD tienen CJD esporádica; se infectan sin razón aparente. Sin embargo, pequeños subconjuntos de personas son diagnosticados debido a la herencia.

La CJD esporádica, se ha relacionado con el consumo de carne que ha sido infectada con priones enfermos, como la que afecta a las personas que ingieren carne de res de una vaca que ha sido infectada.

Un estudio estadounidense indica que ***el área del prión es capaz de interactuar con las células humanas***. Aunque la supuesta variante de Ómicron de Covid-19 no tiene una región de priones en su proteína pico (Spike), la primera supuesta variante de Wuhan Covid-19, supuestamente sí tiene una región de priones en su proteína de pico, por lo tanto, ***cuando la información del gen de la proteína Spike de la variante de Wuhan se*** convirtió ***en una inyección como parte de las inyecciones de ARNm y adenovirus, también se*** incorporó ***la región del prión***.

Como parte del proceso celular natural, una vez que el ARNm se incorpora a las células, la célula convertirá las instrucciones del ARNm en una proteína pico de Covid-19, engañando a las células haciéndoles creer que ha sido infectado para que creen una memoria inmunológica contra un componente del virus. Sin embargo, el proceso biológico de traducir la información del ARNm en proteínas no es perfecto y puede cometer errores.

Un estudio estadounidense ha sugerido que ***una proteína espiga mal plegada podría, a su vez, crear una región priónica mal plegada que podría interactuar con priones sanos para causar daño, lo que provocaría Creutzfeldt-Jakob (CJD)***.

Una preimpresión francesa sobre la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y la “vacunación” contra la Covid-19 ha sugerido que ***la “vacuna” contra la Covid-19 puede haber contribuido al surgimiento de un nuevo tipo de enfermedad de CJD esporádica que es mucho más agresiva y de progresión más rápida en comparación con la CJD tradicional***.

El estudio identificó 26 casos en Europa y Estados Unidos; 20 de los casos ya habían muerto cuando se escribió el estudio, y la muerte ocurrió en promedio 4.76 meses después de haber sido “vacunados”.

En grupos de caníbales la ***CJD puede permanecer*** latente ***después de la infección durante unos*** 10 años o más. Sin embargo, los autores del estudio

francés descubrieron que ***los casos de CJD observados después de ser "vacunados" contra el Covid-19 tienen un inicio mucho más rápido***.

"***Esto confirma la naturaleza radicalmente diferente de esta nueva forma de CJD, mientras que la forma clásica requiere varias décadas***", escribieron los investigadores, dirigidos por el Dr. Jean-Claude Perez.

Un estudio revisado por pares en Turquía y la preimpresión en francés identificaron casos repentinos de Creutzfeldt-Jakob (CJD) que aparecen después de recibir las inyecciones de Pfizer, Moderna y AstraZeneca, lo que sugiere ***vínculos entre "vacunarse" e infectarse***.

El estudio francés encontró una ***aparición de síntomas dentro de los 11.38 días posteriores a la "vacunación", mientras que el estudio de caso en Turquía encontró síntomas que aparecieron 1 día después de la "vacunación"***.

De igual forma, el inmunólogo y ex científico de los NIH J. Bart Classen, ***analizó los datos sobre los eventos adversos de las "vacuna" Covid notificados al sistema Yellow Card del Reino Unido y encontró miles de informes de múltiples síntomas que son "señales claras" de trastornos neurodegenerativos***. Publicó un artículo en febrero que describe el potencial de los sueros experimentales de ARN mensajero (ARNm) para desencadenar el desarrollo de enfermedades priónicas así como otras enfermedades crónicas. Como mencioné antes, las enfermedades priónicas o "similares a priones" incluyen Alzheimer, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), atrofia multisistémica (MSA) y otras. Un sello distintivo de estas enfermedades neurodegenerativas es ***la formación y agrupación de*** proteínas mal plegadas ***dentro del sistema nervioso***.

Las conclusiones de febrero de Classen se basaron en el análisis de ARN de la inyección de Pfizer. Ahora, Classen ha publicado un segundo artículo sobre los riesgos de la enfermedad por priones que se basa en datos reales de eventos adversos del Reino Unido después de la "vacunación" con las "vacunas" AstraZeneca o Pfizer. Estos datos muestran que ***el riesgo de eventos adversos neurodegenerativos está lejos de ser teórico. De hecho, la "vacuna" AstraZeneca ya está produciendo una señal de seguridad para la enfermedad de Parkinson, y la "vacuna" Pfizer no se queda atrás***:

El análisis de Classen se centra en aproximadamente seis meses de datos (hasta mediados de junio de 2021) para dos de las inyecciones experimentales actualmente autorizadas en el Reino Unido: la "vacuna" Oxford-AstraZeneca que despliega adenovirus genéticamente modificados y la "vacuna" Pfizer-BioNTech que depende de lípidos-ARN sintético encapsulado. (Debido a la falta de datos, Classen no pudo incluir la toma de Moderna).

Aunque ambas "vacunas" tienen como objetivo estimular la producción de proteína de pico de coronavirus y anticuerpos relacionados dentro del receptor, las dos inyecciones son "bastante diferentes en su composición", según Classen.

Esto podría explicar el primer hallazgo sorprendente generado por el escrutinio de Classen de los datos de reacciones adversas: hasta ahora, el Reino Unido ha visto 3.55 veces más reacciones adversas reportadas con la inyección de AstraZeneca en comparación con la inyección de Pfizer (745 965 vs 210 168). Cada informe de AstraZeneca describe un promedio de 3.63 reacciones adversas frente a 2.84 reacciones, en promedio, para cada informe de Pfizer.

Este patrón general también es válido para los "trastornos nerviosos", con 4.14 veces más reacciones de este tipo informadas para la inyección de AstraZeneca que para la inyección de Pfizer (estadísticamente significativa al nivel de p=0.00001).

Dentro de la categoría "Trastornos nerviosos", las reacciones de la enfermedad de Parkinson muestran un "aumento muy significativo y específico en los informes de AstraZeneca en comparación con los informes de 'vacunas' de Pfizer".

Los hallazgos estadísticamente significativos incluyen:

185 reacciones de Parkinson informadas después de la vacunación con AstraZeneca versus 20 para las inyecciones de Pfizer (identificadas principalmente a través de un síntoma específico llamado "Fenómeno de congelación")

9288 versus 937 informes de temblor (otro síntoma potencial de Parkinson) para AstraZeneca y Pfizer, respectivamente.

58 versus 4 informes de alteraciones del sueño (un síntoma característico de una enfermedad priónica llamada "insomnio familiar fatal")

Al describir estos hallazgos como una "señal clara de una enfermedad priónica específica, la enfermedad de Parkinson", Classen señala que ***los hallazgos son biológicamente plausibles porque son consistentes con lo que se conoce sobre la*** proteína de pico de coronavirus patógeno. Además, ***los síntomas más destacados de congelación, temblores y alteraciones del sueño coinciden con la "patofisiología bien aceptada de la enfermedad priónica***".

Por lo general, los científicos creen que se necesitan años (o incluso décadas) para que el plegamiento anormal de ciertas proteínas produzca la enfermedad priónica. Entonces, ¿cómo podría Classen detectar una "señal clara" de la enfermedad de Parkinson pocos meses después del lanzamiento de las "vacunas"?

Classen ofrece varias explicaciones que no son necesariamente excluyentes entre sí. En primer lugar, sugiere que ***las "vacunas" Covid podrían acelerar la progresión de la enfermedad en personas que ya tienen una enfermedad priónica subclínica o que tienen una enfermedad priónica leve que no se ha diagnosticado correctamente***.

Además, existe evidencia que indica que la proteína del pico de la vacuna puede provocar el plegamiento incorrecto de proteínas de unión de ARN /

ADN esenciales llamadas TDP-43 y FUS y catalizar una "reacción en cadena" tóxica.

La proteína de pico de la "vacuna" también puede causar que las proteínas "incluidos los priones normales que ya están en las células" formen grupos anormales (llamados cuerpos de Lewy) ***que pueden resultar en una "muerte celular relativamente rápida"***. La investigación ha demostrado el desarrollo de cuerpos de Lewy en monos expuestos al SARS-CoV-2. En particular, los cuerpos de Lewy "causan algunos o todos los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson".

Precisamente porque ***la proteína de pico puede poner en movimiento rápidamente la acumulación anormal de proteínas***, Classen especula que esto "***podría permitir una detección bastante rápida de la enfermedad priónica después de la inmunización***".

Al mismo tiempo, Classen advierte que los sistemas de notificación de eventos adversos defectuosos probablemente no captarán las enfermedades neurodegenerativas que tardan más en desarrollarse. La mayoría de los informes de eventos adversos de las vacunas son para eventos agudos, dice, mientras que pocos de los eventos adversos que ocurren "años o décadas después de la administración de un producto farmacéutico se informan".

Además, los síntomas de la enfermedad por priones a menudo son inespecíficos o se superponen con otras afecciones, lo que dificulta el diagnóstico y es probable que no se notifiquen lo suficiente.

Por estas y otras razones, Classen sugiere que la relevancia clínica de sus hallazgos "podría ser registros en magnitud más alta" que la señal de Parkinson que pudo detectar en los datos de la Tarjeta Amarilla.

"Los desequilibrios en las tasas de reacciones detectadas, pueden explicarse por las notables diferencias en la composición de las dos 'vacunas', lo que permite que una "vacuna' induzca algunas enfermedades priónicas más rápidamente. La 'vacuna' de AstraZeneca, puede concentrarse en el sistema gastrointestinal en mayor medida, lo que conduce a un transporte más rápido de la proteína de pico a través del nervio vago al cerebro. Por el contrario, a largo plazo, la 'vacuna' de ARNm de Pfizer puede inducir más TDP-43 y FUS para formar priones y conducir a más enfermedades priónicas".

Otra explicación de por qué puede haber habido más reacciones adversas e informes para la inyección de AstraZeneca frente a la de Pfizer podría tener que ver con la cantidad de dosis de "vacuna" de cada tipo administradas en el Reino Unido. Classen no pudo determinar la proporción de dosis totales atribuibles a cada empresa. Sin embargo, a mediados de julio, el Reino Unido había ordenado el mismo número de dosis (100 millones) a ambos fabricantes de "vacunas".

Cáncer

Otra de las consecuencias de los sueros experimentales, tiene que ver con el desarrollo de distintos tipos de cáncer:

Un grupo de médicos de Utah descubrió un desarrollo profundamente perturbador en las mujeres que toman las "vacunas" experimentales Covid-19. ***Las mujeres han estado sufriendo síntomas de*** cáncer de mama, ***como una inflamación anormal y peligrosa de los ganglios linfáticos de las mamas***. Si bien los médicos ven esto en una mamografía normal, llaman a esas pacientes porque puede significar cáncer de mama metastásico, linfoma o leucemia.

De igual forma, el patólogo estadounidense Dr. Ryan Cole, fundador de Cole Diagnostics, descubrió ***un*** aumento anormal ***en ciertos casos de cáncer después de que se introdujeron las "vacunas" contra la Covid-19***.

Entre las tendencias preocupantes, se encontraba ***un*** aumento inusual ***en algunos casos raros de cáncer***. Él cree que esto puede implicar que ***las "vacunas" Covid-19*** han alterado ***el sistema inmunológico natural de las personas***.

Cole es patólogo, cuyo trabajo es ver un gran número de secciones patológicas y proporcionar informes de patología a los médicos, por lo que es un "médico de médicos". Encontró que ***había habido un*** aumento ***reciente en el número de adultos con enfermedades infantiles y cánceres raros, y que estas enfermedades raras están aumentando a un*** ritmo anormal ***y en grupos de edad anormales***.

El Dr. Ryan Cole: "Desde el 1 de enero, en el laboratorio, veo un aumento de 20 veces en los cánceres de endometrio sobre lo que veo anualmente". "No exagero en absoluto porque miro mis números año tras año, digo 'Dios, nunca había visto tantos cánceres de endometrio antes'".

Al explicar sus hallazgos en el evento del 18 de marzo, Cole les dijo a los habitantes de Idaho que las "vacunas" parecen estar causando serios problemas autoinmunes, de una manera que describió como una respuesta de "VIH inversa". Cole explicó que se requieren dos tipos de células para el funcionamiento adecuado del sistema inmunológico: "células T auxiliares", también llamadas "células CD4", y "células T asesinas", a menudo conocidas como "células CD8". De manera similar, Cole describe, "**después de la 'vacuna', lo que estamos viendo es una caída en sus células T asesinas, en sus células CD8". "¿Y qué hacen las células CD8? Mantienen a todos los demás virus bajo control**".

Al igual que el VIH causa alteraciones del sistema inmunológico al suprimir las células "auxiliares" CD4, lo mismo sucede cuando se suprimen las células "asesinas" CD8. En su opinión, este es el caso de las "vacunas" contra el Covid-19.

Cole continúa afirmando que, como resultado de esta supresión de "células T asesinas" inducida por la "vacuna", está experimentando un "aumento" no solo del cáncer de endometrio, sino también de melanomas, así como de herpes, herpes zóster y un "Gran repunte" en el VPH cuando "se observan las biopsias cervicales de mujeres".

El Dr. Cole afirma en su vídeo que, no solo los melanomas aparecen con más frecuencia, como los cánceres de endometrio, los melanomas también se están desarrollando más rápidamente y son más severos en las personas más jóvenes de lo que había presenciado anteriormente.

"Lo más preocupante de todo es que existe un patrón de este tipo de células inmunitarias en el cuerpo que mantienen el cáncer bajo control", afirmó el médico.

"Veo melanomas invasivos en pacientes más jóvenes; normalmente los detectamos temprano, y son melanomas delgados, veo que los melanomas gruesos se dispararon en los últimos meses".

Según el Dr. Ryan Cole, ***las "vacunas" de ARN mensajero (ARNm)*** producen ***una proteína de punta persistente que puede*** causar ***daños graves a la salud del receptor, como coagulación inusual, inflamación del corazón o cáncer***.

"En el ARNm normal, hay células que emiten mensajes durante todo el día... El ARNm generalmente se descompone en cuestión de minutos o tal vez una hora o dos. El ARNm no debería persistir pero ***cuando pones pseudouridina sintética en tu cuerpo, el cuerpo no sabe qué hacer con él***, lo mira y dice: 'Mmm, no sé qué hacer. Así que no voy a desglosarlo'. Y así evade ***ese proceso de descomposición, y también evade una respuesta inmunológica. Pero también*** rechaza ***nuestro sistema inmunológico, lo cual no es bueno porque otras cosas (cánceres, virus) se despiertan"***.

Algunos estudios mostraron que la proteína de pico inducida por la "vacuna" persiste en los cuerpos humanos, dijo Cole, pero "no tenemos idea de cuánto tiempo persiste esa secuencia sintética".

Un estudio de Stanford realizado por Katharina Röltgen y otros mostró que ***la secuencia sintética persiste durante al menos 60 días***. Un estudio de Harvard realizado por Alana Ogata y otros mostró que la ***proteína espiga podría circular durante semanas***.

Cole dijo que un profesor alemán, el Dr. Arne Burkhardt, descubrió en su estudio de autopsia que ***la proteína espiga podría persistir en el cuerpo humano hasta por 128 días***.

"Y ***la proteína de pico que producen las 'vacunas' de ARNm induce cambios patológicos en el cuerpo***. ***Puede causar coágulos"***, dijo Cole. "Escuchamos que estos ***jóvenes mueren por coágulos, microcoágulos, no***

tipos normales de coágulos. Estos son ***un tipo*** único ***de coágulo que persiste, ahoga el oxígeno del cuerpo, obstruye partes del cuerpo, inflama el corazón, causa ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cáncer en grupos de edad jóvenes***... ***Cosas*** inusuales ***que no deberían estar sucediendo y son probablemente relacionado con una secuencia sintética modificada genéticamente*** que estamos poniendo en los cuerpos de miles de millones de personas".

En una entrevista de febrero con The Epoch Times, Cole dijo que había visto ***un aumento en los cánceres que no debería estar viendo***. Además, ha visto ***elevaciones y factores de coagulación persistentes durante mucho tiempo después de la "vacunación"***. Sin embargo, cuando expresó sus preocupaciones, ninguna agencia gubernamental estaba dispuesta a investigar este hallazgo.

Cole dijo que nuestras células tienen mecanismos de reparación de ADN, pero ***el ADN no puede*** repararse ***a sí mismo cuando la proteína de punta ingresa al núcleo de las células T***, uno de los glóbulos blancos importantes que desempeña un papel central en el sistema inmunológico.

"Un estudio de Suecia muestra esto", dijo Cole, refiriéndose a un estudio reciente que muestra que ***el ARNm de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer puede ingresar a las células hepáticas humanas y convertirse en ADN dentro del núcleo***. "Ahora ***la célula, el ADN*** no puede repararse ***a sí mismo***. Así que ***la célula va a*** hacer ***una de dos cosas, va a explotar, eso se llama apoptosis, o va a mutar. Y ahora se convierte en una célula maligna atípica***".

"A esa pregunta también, ***la supresión inmune debido a la proteína espiga, debido a la pseudouridina,*** cambia ***los patrones de los receptores en las células***", dijo Cole, y agregó que ***estos receptores podrían permitir que las células T combatan todo tipo de virus***".

"Ahora, no tienes ***un sistema de defensa.*** Esta célula cancerosa puede invadir la pared. ***Este patógeno puede invadir la pared porque su sistema inmunológico ha sido*** suprimido ***a un grado que permite que eso suceda***".

Un estudio revisado por pares también encontró que ***las "vacunas" de ARNm "promueven la síntesis sostenida de la proteína espiga del SARS-CoV-2" y "la proteína espiga es neurotóxica y afecta los mecanismos de reparación del ADN***". El estudio también ***vinculó las "vacunas" de ARNm con un aumento de los cánceres***.

El Dr. Ryan Cole fue entrevistado recientemente por Maria Zeee, donde afirmó que está recibiendo informes de médicos de todo el mundo que observan que ***las tasas de cáncer están "disparando como un reguero de pólvora" después de las "vacunas" contra la Covid-19***.

El cáncer no es un efecto secundario común asociado con las lesiones por vacunas, tal vez debido ***al tiempo que tardan las células cancerosas en proliferar y***

exponerse a través de la detección del cáncer, ya que para entonces la mayoría de las personas probablemente ni siquiera* asociarían *un diagnóstico de cáncer con una vacuna anterior.

Por lo tanto, a pesar de que los análisis previos sobre las lesiones por la "vacuna" Covid-19 han demostrado que el factor no informado es de aproximadamente 41x, ***podría ser significativamente mayor para los casos de cáncer***.

Para encontrar tendencias de aumento de las tasas de cáncer después de las "vacunas" Covid-19, debemos comparar estas tasas con las vacunas anteriores aprobadas por la FDA en VAERS.

En abril del 22, buscando varias formas de cáncer en VAERS, encontramos 739 casos que resultaron en 84 muertes tras las "vacunas" contra la Covid-19 durante los últimos 16 meses.

Usando exactamente la misma búsqueda de todas las vacunas aprobadas por la FDA durante los 30 años anteriores antes de que se emitieran las autorizaciones de uso de emergencia para las "vacunas" Covid-19, encontramos 220 casos que resultaron en 16 muertes durante 360 meses.

Eso es un promedio de 0.6 casos por mes durante los 30 años anteriores en comparación con un promedio de 46 casos de cáncer por mes después de las "vacunas" contra la Covid-19, ***un*** aumento ***del 7567%***. Los CDC y la FDA no han emitido ninguna advertencia sobre el aumento de las tasas de cáncer después de las "vacunas" Covid-19.

Para el cáncer de mama encontramos ***un aumento del 8900% en los casos de cáncer de mama informados después de todas las vacunas aprobadas por la FDA durante los 30 años anteriores. Para el cáncer de próstata un 9525% y para el cáncer de colon un 11 670%.***

En lo que respecta al cáncer y la inyección de genes, la vaguedad de muchos médicos e instituciones, lamentablemente, se disipa frente a la multitud de historias **terribles**. Parece haber tres situaciones:

- ***La aparición de un cáncer tras la inyección de forma rápida (de dos semanas a unos meses) y muy progresiva, en una persona que anteriormente estaba libre de patologías carcinológicas conocidas.***
- ***Reanudación del cáncer en un paciente que ha estado en remisión completa durante varios meses o años.***
- ***La evolución rápida, incluso explosiva, de un cáncer aún no controlado***.

Más allá de los testimonios que llegan a raudales de familiares y amigos y en las redes sociales, un diario suizo finalmente abordó el tema de una forma amplia:

“¿Pueden las ‘vacunas’ Covid causar cáncer?

En algunos casos, la respuesta parece ser afirmativa. Ciertamente, no hay evidencia de que las ‘vacunas’ Covid en sí mismas sean cancerígenas. Sin embargo, ***se ha demostrado que hasta en el 50% de los ‘vacunados’, las ‘vacunas’ Covid pueden inducir inmunosupresión temporal o desregulación inmunitaria (linfocitopenia) que puede durar aproximadamente una semana o posiblemente más***.

Además, ***se ha demostrado que las ‘vacunas’ de ARNm de antiCovid "reprograman" (es decir, influyen) en las respuestas inmunitarias adaptativas e innatas y, en particular, regulan negativamente la llamada vía TLR4, que se sabe que desempeña un papel importante en la respuesta inmunitaria a las infecciones y células cancerosas***.

Por lo tanto, los autores concluyen que ***es muy posible que estos cambios inmunológicos puedan tener consecuencias no deseadas en la condición del receptor de la inyección del gen***. ¡Ciertamente una cuestión de sentido común!

“Por lo tanto, ***si ya hay un tumor en alguna parte, conocido o desconocido, o si existe una predisposición a un cierto tipo de cáncer, tal estado de inmunosupresión o desregulación inmunológica inducida por la ‘vacuna’ podría desencadenar un crecimiento tumoral repentino y cáncer en unas semanas tras la ‘vacunación’”***. Cabe señalar que la linfocitopenia también se observó con frecuencia en casos de Covid grave.

También se ha observado la reactivación posterior a la “vacunación” de infecciones virales latentes, incluido el virus de la culebrilla, el VEB (Epstein-Barr) y el virus de la hepatitis.

"***La inmunosupresión temporal inducida por la ‘vacuna’ también es un factor que puede contribuir al pico posterior a la ‘vacunación’ en las infecciones por coronavirus observado en muchos países***".

Llegados a este punto, podemos buscar posibles explicaciones para todo lo que está sucediendo con respecto al cáncer y ver lo que dicen otros autores a este respecto:

Las “vacunas” contra la Covid-19 basadas en ARNm, han utilizado la optimización de codones para mejorar la producción de proteínas. Un codón consta de tres nucleótidos y estos son los componentes básicos del ADN. **Utilizar la optimización de codones prácticamente garantiza resultados** inesperados. La sustitución de los codones raros se debe hacer de manera sensata, ya que los codones más raros pueden tener velocidades de transformación más lentas y, en realidad, es necesaria una velocidad más lenta para evitar que las proteínas estén mal plegadas.

Los codones de parada (o de terminación), cuando están presentes al final de una secuencia codificante de ARNm, señalan el fin de la síntesis de proteínas. De acuerdo con un artículo reciente, tanto Pfizer como Moderna seleccionaron codones de parada subóptimos. **Las "vacunas" antiCovid estimulan la proteína espiga (Spike) a niveles inauditos en la naturaleza, y por desgracia la proteína Spike es la parte tóxica del virus que es responsable de los efectos más nocivos del virus, como los trastornos de la coagulación sanguínea, problemas neurológicos y daño cardíaco. Esperar que la "vacuna" antiCovid no produzca este tipo de efectos sería algo muy** ingenuo.

Otras amenazas importantes de los sueros experimentales, incluyen **la disfunción inmunológica y el brote de infecciones virales latentes como el herpes y la culebrilla. Las coinfecciones, a su vez, podrían acelerar otras enfermedades.** Los virus del herpes, por ejemplo, se han mencionado como causa tanto del SIDA como del síndrome de fatiga crónica.

La Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. (FDA) se vio obligada por orden judicial a publicar todos los documentos confidenciales que Pfizer les envió con respecto a la aprobación de uso de emergencia de la inyección Pfizer Covid-19. Una ronda de documentos se publicó el 1 de marzo de 22 y uno de los documentos ***confirma que la inyección de Pfizer Covid-19 se acumula en los ovarios con el tiempo***. Las consecuencias de esto es que por ejemplo, ***los datos oficiales del Reino Unido muestran que los casos de cáncer de ovario en 2021 estuvieron en su punto más*** alto***, y el Regulador de Medicamentos del Reino Unido*** recibió ***más de 40 000 informes relacionados con trastornos reproductivos y menstruales sospechosos de ser reacciones adversas a las inyecciones antiCovid-19 solo en 2021***.

Un estudio, que se puede encontrar en la larga lista de documentos confidenciales de Pfizer que la FDA se ha visto obligada a publicar a través de una orden judicial, se llevó a cabo en ratas Wistar Han, 21 de las cuales eran hembras y 21 machos.

Cada rata recibió una dosis intramuscular única de la inyección Pfizer Covid-19 y luego se determinó el contenido y la concentración de radiactividad total en sangre, plasma y tejidos en puntos predefinidos después de la administración. En otras palabras, los científicos que realizaron el estudio midieron la cantidad de la inyección de Covid-19 que se había propagado a otras partes del cuerpo, como la piel, el hígado, el bazo, el corazón, etc.

Uno de los hallazgos ***más preocupantes del*** estudio ***es el hecho de*** que ***la inyección de Pfizer se acumula en los ovarios con el tiempo***. En los primeros 15 minutos posteriores a la inyección de la inyección de Pfizer, los investigadores encontraron que la concentración total de lípidos en los ovarios era de 0.104 ml. Luego aumentó a 1.34 ml después de 1 hora, 2.34 ml después de 4 horas y luego 12.3 ml después de 48 horas.

Los científicos, sin embargo, no realizaron más investigaciones sobre la acumulación después de un período de 48 horas, por lo que simplemente no sabemos si la acumulación continuó.

Pero los datos oficiales del Reino Unido publicados por Public Health Scotland ofrecen algunas pistas preocupantes sobre las consecuencias de esa acumulación en los ovarios. Public Health Scotland (PHS) tiene un panel completo sobre los impactos más amplios de Covid-19 en el sistema de atención médica, que se encuentra aquí, e incluye una amplia gama de datos, desde estadísticas de salud mental hasta embarazos, datos sobre trastornos cardiovasculares y cáncer.

Los datos disponibles para todos los tipos de cáncer muestran ***que el recuento total de personas que padecieron cáncer en 2021 estuvo en línea con el promedio de 2017-2019, pero fue*** superior ***a las cifras registradas en 2020***.

Desafortunadamente, los datos tienen un gran retraso y, a partir de marzo de 2022, solo cubren hasta junio de 2021. Sin embargo, ***los datos sobre la cantidad de personas que padecen cáncer de ovario*** muestran ***que la tendencia conocida en 2021 fue*** significativamente más alta ***que en 2020 y el promedio de 2017-2019***.

Además de esto, también tenemos más datos oficiales del Reino Unido que muestran casi 40 000 incidentes de cambios en el período y sangrado vaginal inesperado que se informaron al esquema de la Tarjeta Amarilla de la MHRA como reacciones adversas a todas las inyecciones antiCovid-19 disponibles hasta noviembre de 2021.

Hasta el 17 de noviembre de 21, el Regulador de Medicamentos del Reino Unido, la MHRA, había recibido 1724 informes de trastornos menstruales, 3034 de irregularidades en la menstruación, 5068 informes de sangrado menstrual abundante, entre miles de otros trastornos reproductivos, como sospechas de reacciones adversas a la "vacuna".

En septiembre de 2021, la Dra. Victoria Male, profesora de inmunología reproductiva del Imperial College London, publicó un artículo en el British Medical Journal en el que afirma que ***un vínculo entre los cambios menstruales y la "vacunación" contra el Covid-19 es perfectamente plausible y debería investigarse***.

Está bastante claro que ***las inyecciones antiCovid-19 interfieren con el sistema reproductivo y se deben realizar más estudios e investigaciones con efecto inmediato***.

Por otro lado, en el panel "Covid-19: Una segunda opinión" que se llevó a cabo en Washington, DC, el senador Ron Johnson (R-Wisc.) lanzó numerosas bombas que mostraban que las "vacunas" no son seguras ni efectivas como se afirma.

Los médicos y otros panelistas expertos presentaron datos condenatorios que muestran que las inyecciones no solo son un problema médico grave, sino que el manejo de las mismas por parte del gobierno equivale a un encubrimiento coordinado de las malas acciones de las grandes farmacéuticas.

Según los informes, el abogado Thomas Renz le contó al comentarista Daniel Horowitz de The Blaze los detalles sobre la epidemia de cáncer que azota al ejército. Esto es lo que Horowitz tuiteó en un seguimiento de la reunión:

Puedo compartir con ustedes del abogado Thomas Renz que ***la cantidad de diagnósticos de cáncer en el sistema DMED de las fuerzas armadas pasó de un promedio de 5 años (2016-2020) de 38,700 por año a 114,645 en los primeros 11 meses de 2021. Este es un población predominantemente joven***".

"A diferencia de VAERS, donde los detractores pueden sugerir que cualquiera puede enviar, esto es solo por médicos militares y cuantifica cada uno de los códigos ICD en el ejército para la facturación de Tri Care de Humana. Esta es la población final definida y finita con una excelente vigilancia".

"Una de las conclusiones más importantes aquí es que los datos son irreprochables y ampliamente accesibles para el Departamento de Defensa, los CDC, la FDA y todo el régimen de Biden-Harris. En otras palabras, todos son muy conscientes de que las inyecciones casi con seguridad están causando un aumento insostenible de cáncer en estadounidenses en edad militar, por lo demás jóvenes y sanos, y están manteniendo esa información fuera del alcance de la gente".

La Dra. Jane Ruby también presentó ***evidencia de casos crecientes de cáncer entre las personas inyectadas con refuerzos de la "vacuna" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19)*** durante el episodio del 14 de febrero de "Dr. Jane Ruby Show".

Ruby habló sobre cómo se espera que las inyecciones de refuerzo sean más potentes y más peligrosas. De hecho, según Ruby, ***ya hay datos que muestran lo aterradores que son los refuerzos***.

"***Entonces, lo que está sucediendo es que estamos empezando a ver un número creciente de cánceres, diagnósticos de cáncer en los inyectados, especialmente a medida que continúan las dosis múltiples***", dijo Ruby.

"***Los informes iniciales*** indican ***que las personas experimentaron ganglios linfáticos inflamados en todo el cuerpo durante más de unos pocos días después de recibir estas inyecciones que pensaban que eran vacunas***", dijo Ruby. Agregó que estaban recibiendo informes de que ***las mujeres mostraban estos resultados para sus mamografías, y se les decía que hay muchas glándulas linfáticas inflamadas alrededor de su axila, que se encuentra debajo de sus brazos y rodea su tejido mamario***.

"Ahora sabemos por muchos más informes y estudios adicionales que se han publicado, que esto es más que una simple hinchazón temporal de su sistema linfático", dijo Ruby. Luego explicó que ***la "vacuna" Comirnaty de Pfizer se ha relacionado con casos de ganglios linfáticos inflamados en imágenes y tomografías PET, así como lesiones***.

Ruby mostró ***una imagen de referencia de un paciente, y luego otra de cinco a seis meses después de recibir una "vacuna" de ARNm. El informe inicial del paciente mostró lecturas normales para los glóbulos blancos, los linfocitos y los niveles de inmunoglobulina. Pero una semana después de recibir sus "vacunas" de refuerzo, hubo*** aumentos ***dramáticos en las lesiones ganglionares, gastrointestinales e hipermetabólicas. Y en los ganglios linfáticos, hubo crecimientos cancerosos***.

Los impulsores de la "vacuna", según Ruby, están descartando estos resultados como una especie de "respuesta normal" a la "vacuna". Lo que ***no quieren*** admitir ***es que después de la inyección de refuerzo del paciente, la estructura de sus ganglios linfáticos cambió. Es probable que se deba al desarrollo de linfoma rápido, que es un cáncer linfático. Ésta es la primera observación que sugiere que la administración de la "vacuna" puede inducir la progresión del linfoma angioinmunoblástico de células T***.

Ruby reiteró que el hombre no era un paciente de cáncer. "Tenía un historial médico poco notable, excepto por presión arterial alta, diabetes y un poco de colesterol alto. Y estaba siendo tratado por esas tres cosas. No hay antecedentes de cáncer, no hay diagnóstico actual de cáncer antes de esta exploración", dijo. "***Este cáncer de su sistema linfático no solo se desarrolló, sino que se expandió a la semana de recibir su refuerzo***".

Según Ruby, ***hay informes de este desarrollo en todo el mundo, y es principalmente en pacientes "vacunados"***. La forma en que se desarrolló el cáncer del paciente, y cómo se está desarrollando en otros, convenció a Ruby de la posibilidad de que los refuerzos contribuyan al aumento del linfoma.

Debido a que ***se sabe que las "vacunas" de ARNm*** inducen ***el agrandamiento y la actividad hipermetabólica de drenar los ganglios linfáticos, es razonable postular que están desencadenando los cambios que se han observado***.

En octubre de 2021, circuló una publicación en Facebook que contenía advertencias de un médico que dijo que las "vacunas" de refuerzo contra la Covid-19 podrían aumentar el riesgo de linfoma. La publicación, que fue traducida del tailandés al inglés, dijo que el Dr. Pirom del Hospital Chulalongkorn en Tailandia advierte que ***hay una mayor probabilidad de contraer linfoma después de recibir una "vacuna" de refuerzo***.

Los médicos tailandeses y los informes internacionales dicen que la tasa de infección por Covid-19 ahora es más alta, y muchas personas están buscando "vacunas" de refuerzo. Están buscando "vacunas" que estimulen su nivel de

inmunidad. "***Pero la inmunidad, como las inmunoglobulinas o los anticuerpos, que se crean en nuestro cuerpo se produce por la actividad de los linfocitos. Si se estimulan demasiado, puede causar linfoma y enfermedad autoinmune (LSE)***", dijo la publicación.

Por otro lado, a finales de junio del 22, un doctor y sus colaboradores, han publicado los resultados de un estudio que ellos han realizado, partiendo de datos de China. Seguidamente expondré lo que escribió el Dr. Dong y colaboradores acerca de lo que encontraron y que permite corroborar de forma experimental lo expuesto anteriormente:

Recientemente, recibimos una gran cantidad de casos de leucemia informados espontáneamente de China continental, y ***todos los pacientes tienen la*** característica ***común de haber sido "***vacunados***" con "vacunas" Covid-19***. Parece que estamos viendo un fenómeno similar en China, como ha informado Cole. Nos gustaría publicar nuestros hallazgos aquí y ***llamar la*** atención mundial ***urgente sobre los eventos adversos de las neoplasias hematológicas malignas*** causadas ***por la "vacuna" Covid-19***.

Hasta el 4 de junio de 2022 a las 10:00 p. m. EST, habíamos recibido dos tablas con un total de casi 1000 informes de eventos adversos de leucemia posteriores a la "vacunación". En nuestro artículo anterior, debido a limitaciones de tiempo, analizamos solo 235 casos válidos. En esta oportunidad, brindaremos un análisis de todos los casos.

Después de una verificación cuidadosa, eliminamos los casos duplicados (algunos casos se informaron en dos grupos diferentes para aumentar la posibilidad de que las personas los encontraran) y los casos con información incompleta, y quedan 845 casos válidos.

Adoptamos un enfoque riguroso y conservador, aceptado por la industria, para contar los datos. Por ejemplo, si la hora de inicio de la enfermedad en un caso no tuviera una fecha precisa sino solo el mes, proporcionaríamos algunos datos aproximados y ambiguos de una manera que sería menos conducente al análisis de causalidad.

El siguiente es el análisis exhaustivo de estos 845 casos válidos:

Análisis de género

El 50% de los pacientes eran hombres. El predominio masculino es consistente con la tendencia de género de la incidencia de leucemia.

Análisis de edad

El rango de edad de los pacientes fue de 1 a 80 años, con una mediana de edad de 29 años, y la mitad de los pacientes tenían entre 12 y 45 años.

Al observar las edades de inicio de acuerdo con la clasificación de la enfermedad, se encontró que las edades de inicio de la leucemia mieloide aguda (AML) y la leucemia linfoblástica aguda (LLA) no parecían ser consistentes con la incidencia de fondo de la leucemia. Por ejemplo, la mediana de edad fue de 37.5 años para los casos de LMA y de 32 años para todos los casos, que eran mucho más jóvenes que la edad de inicio de antecedentes de los casos, 68 años para los casos de LMA en adultos; o 70 años para adultos TODOS los casos.

Distribución geográfica

La aparición de leucemia suele estar asociada con la contaminación ambiental local o la radiación. Sin embargo, estos casos informados se encontraron ampliamente en 29 provincias y municipios controlados directamente por el gobierno central en China, sin características geográficas distintivas. La única característica común fue la “vacunación” previa de los pacientes con “vacunas” Covid-19, por lo que este es un factor en el que nos enfocamos.

Vacunas

Entre los pacientes a los que se les inyectó una marca de vacuna(s), la “vacuna” producida por Sinovac Life Sciences Co., Ltd representó el 39%, con la proporción más alta; y la “vacuna” del Instituto de Productos Biológicos Co., Ltd. de Beijing representó el 12%. También hay algunos pacientes que recibieron múltiples “vacunas” de múltiples marcas.

Tipos de leucemia

Entre estos casos de leucemia, el 49% eran casos de leucemia mieloide aguda, seguidos de leucemia linfoblástica aguda con un 32%.

En general, el 81% de los pacientes tienen leucemia aguda.

El 11% de otros tipos de neoplasias malignas de la sangre incluyen: síndrome mielodisplásico (n=23); mieloma múltiple (n=7); leucemia mieloide crónica (n=9); linfoma (n=24) que incluye linfoma no Hodgkin o linfoma de Hodgkin; linfohistiocitosis hemofagocítica (n=2); mielofibrosis secundaria (n=1); sarcoma mieloide (n=1).

Ejemplos de casos

Caso 1061: Masculino, 30 años. El 29 de junio de 2021 recibió el primer pinchazo realizado por Sinovac Biotech, y el 21 de julio de 2021 recibió el segundo pinchazo de Chengdu Biology. El 6 de septiembre de 2021 recibió el examen físico para estudiantes de primer año de la universidad y encontró glóbulos blancos anormales, y posteriormente se le diagnosticó leucemia mieloide aguda, M3.

Sin embargo, durante el examen de ingreso a la universidad antes de los pinchazos, todo fue normal. También era una persona generalmente sana. Casi

no se resfría ni toma ningún medicamento. No se le ha permitido comer comida chatarra. Los factores genéticos y ambientales están excluidos en este caso.

Caso 717: Mujer, 38 años. El 3 de agosto de 2021 se administró la segunda inyección de Sinovac Biotech. Al día siguiente, su pierna derecha se enrojeció. El médico del hospital le recetó un medicamento para esto. Después de unos días, estaba mejor. La diarrea comenzó a principios de septiembre de 2021. El 10 de septiembre fue al Hospital Popular local; el médico no se atrevió a internar a la paciente y la trasladó al hospital provincial.

El 15 de septiembre se sometió a una punción ósea. El día 18 le diagnosticaron leucemia mieloide aguda, M2. En la noche del 21 de septiembre, tuvo una hemorragia cerebral y falleció.

Caso 747: Masculino 26 años. El 22 de julio de 2021 recibió la primera inyección de Sinovac Biotech, el 18 de agosto de 2021 recibió la segunda inyección de Lanzhou Biotechnology. Tuvo fiebre el 9 de noviembre de 2021 y fue al hospital. Fue encontrado con glóbulos blancos altos el 13 de noviembre de 2021 y trasladado al Segundo Hospital de Lanzhou el 16 de noviembre de 2021, donde le diagnosticaron leucemia mieloide aguda, M5 el 17 de noviembre. No tuvo alivio después de recibir quimioterapia durante cinco meses. , y falleció el 2 de abril de 2022.

Asociación Temporal Entre "Vacunación" Y Leucemia

¿Cuánto tiempo después de la "vacunación" se les diagnosticó leucemia a estos pacientes? Esta es una pieza crítica de información.

Analizamos los datos en detalle: ***el 51% de los pacientes tenían síntomas o fueron diagnosticados 102 días (mediana) después de su segunda dosis, con un rango general de 2 a 5 meses. Esto es consistente con la aparición de leucemia. La aparición de la leucemia implica una mutación genética que no se desarrolla en un día, por lo que se suele calcular mensualmente***.

También hay algunas personas que desarrollaron síntomas o fueron diagnosticadas alrededor de dos meses después de recibir su tercera dosis.

Condiciones de los pacientes

Al 4 de junio de 2022, cuando recibimos los informes, el 77% de estos pacientes con leucemia seguían recibiendo tratamiento, el 7% esperaba un trasplante y el 5% había fallecido. Un pequeño número de personas había abandonado el tratamiento, normalmente por motivos económicos o demasiado tarde para recibir tratamiento.

3 Líneas De Evidencia Que Explican Por Qué Ocurre La Leucemia Después De Las Inyecciones

Como sabemos, ***la principal causa de la leucemia es la mutación del ADN en las células hematopoyéticas***.

Hay tres líneas principales de datos científicos que podrían ayudar a las personas a comprender la razón por la cual se desarrolla la leucemia después de recibir inyecciones.

En primer lugar, ***la proteína espiga*** afecta ***el mecanismo de autorreparación del ADN***. Científicos suecos descubrieron que ***las proteínas de punta del virus SARS-CoV-2 interferirían con dos importantes mecanismos de autorreparación del ADN celular humano : la unión de extremos no homólogos (NHEJ) y la recombinación homóloga (HR)***.

Cuando se interfiere con ambos mecanismos, la capacidad del ADN para repararse a sí mismo se reduce significativamente, lo que da como resultado mutaciones genéticas.

En segundo lugar, ***el SARS-CoV-2 puede alterar el ADN humano***. Un estudio publicado por el Instituto Tecnológico de Massachusetts demostró que, aunque el SARS-CoV-2 no es un retrovirus, es capaz de alterar el ADN humano.

Hubo un informe de caso clínico que resultó ser una manifestación clínica de leucemia mieloide aguda después de una aspiración de médula ósea después de una infección por Covid-19. Los autores del artículo sugirieron que este era un caso preocupante.

En tercer lugar, ***tan pronto como seis horas después de que la vacuna Pfizer mRNA Covid-19 ingrese a las células hepáticas humanas cultivadas in vitro, el mRNA de la "vacuna" podría completar su "transposición inversa" dentro de las células y afectar los genes humanos, lo que sirve como evidencia directa de que las "vacunas" mRNA puede afectar el genoma humano***.

Si el virus en una vacuna inactivada no está completamente inactivado, su ARNm aún estará presente y puede insertarse en el genoma humano y así cambiar los genes.

La clave es que entre estos pacientes de leucemia existe un patrón constante. Es decir, no tienen antecedentes de exposición a la radiación, ni antecedentes familiares de enfermedades hereditarias, ni características geográficas. ***Lo único que tienen en común es que todos han recibido "vacunas" contra la Covid-19 y, en la mayoría de los casos, sus síntomas aparecieron en promedio tres meses después de la segunda dosis. Este es un patrón muy preocupante, tan preocupante como el patrón microscópico observado por el Dr. Cole***.

Y el problema aún no ha terminado: la "vacunación" obligatoria masiva aún está en progreso. Si las vacunas están realmente vinculadas a estos eventos adversos,

se deberán tomar medidas o se deberán suspender las "vacunas" para algunas personas. Estas son todas medidas perfectamente normales.

Problemas de coagulación

Las "vacunas" anti-SARS-CoV-2 que determinan una respuesta inmune contra la proteína Spike del SARS-CoV-2, se nos han vendido como el único método para combatir la pandemia (aunque ya hemos demostrado en este informe que hay otros más efectivos). Sin embargo, no se ha evaluado el perfil de seguridad a largo plazo de dichas "vacunas", particularmente en lo que respecta a la respuesta autoinmune. Lo que ya hemos observado, incluso a corto plazo, es que estos sueros producen *trastornos de la coagulación sanguínea* (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31).

Son problemas derivados de los niveles muy bajos de plaquetas (son células especiales que ayudan a detener el sangrado en el cuerpo) que pueden causar sangrado anormal, denominado **trombocitopenia**, especialmente hemorragias cerebrales mortales. Dos procesos causan esta condición. El aclaramiento de plaquetas es un proceso autoinmune; ***el sistema inmunológico del cuerpo está fuera de control y come plaquetas; esto se llama trombocitopenia inmune (PTI). En segundo lugar, está el consumo de plaquetas que convierte las plaquetas sanguíneas en coágulos en el cuerpo***. Dicho de otra manera, la trombocitopenia inmune es un trastorno autoinmunitario en el que el propio sistema inmunitario ataca las plaquetas circulantes y la producción de plaquetas.

Puede ser primaria y secundaria. La causa más común de trombocitopenia inmune es idiopática, pero existen causas secundarias como infecciones, inmunodeficiencias, enfermedades autoinmunes y "vacunas" que dan lugar a la destrucción de plaquetas, trombocitopenia que provoca hemorragias mucocutáneas y graves.

Ahora el término médico más utilizado es "trombocitopenia trombótica inmunitaria inducida por vacunas" (VITT). Trombótico se refiere a coágulos. La trombocitopenia se refiere a niveles bajos de plaquetas. Tenga en cuenta el uso de vacunas inducidas para clasificar esta afección médica con coágulos inusuales informados después de inyecciones de "vacunas" Covid-19 experimentales. VITT es un proceso de similar a una enfermedad autoinmune. Algunas personas están tratando de evitar este término porque se refiere explícitamente a un problema de "vacunas". Otro término que a veces se usa en lugar de VITT es trombocitopenia con síndrome de trombosis (STT). Para VITT, los científicos han identificado un autoanticuerpo llamado factor 4 de plaquetas (PF4) que promueve la coagulación y, finalmente, niveles bajos de plaquetas y sangrado; se puede medir. Recientemente, se está utilizando otro término médico. Es púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (aTTP). La TTP ha sido durante mucho tiempo una enfermedad autoinmune genética que solía ser muy mortal. Adquirido se utiliza para indicar un resultado de la "vacunación" Covid.

Esta entidad ***que se ha presentado en todas las "vacunas" en el mercado frente al Coronavirus-19, consiste en una respuesta autoinmune***, más frecuente en mujeres, que se suele presentar como formación de trombos en seno cerebral (intracraneal) o en venas abdominales, asociada a un recuento bajo de plaquetas, y en ocasiones a hemorragias. Se presenta de 4 a 42 días post-"vacunación", aunque también puede aparecer en intervalos mucho más pequeños de 7 a 10 días después de la inoculación o de 5 a 15 días después de "vacunarse"; y es más frecuente de lo que nos quieren hacer creer las autoridades e instituciones, como hemos podido comprobar al analizar las bases de datos.

Se caracteriza por:

- El desarrollo de trombosis en sitios poco común e incluye trombosis del seno venoso cerebral (CSVT) / trombosis venosa esplácnica.

- Trombocitopenia de leve a grave, aunque recuento de plaquetas normal no excluye la posibilidad de este síndrome en sus primeras etapas.

- Anticuerpos positivos contra el factor plaquetario 4 (PF4) identificados mediante ensayo de ensayo de inmuno-absorción ligado a enzimas (ELISA).

- Una caída en el recuento de plaquetas, que en promedio llega a 20-30 000/mm³.

- Los pacientes tienen valores de dímero-D muy elevados y consumo de los factores y fibrinógeno con microtrombosis vascular, exactamente como ocurren el HIT (Trombocitopenia inducida por heparina), pero sin contacto con heparina.

Hay presencia de anticuerpos anti-factor plaquetario 4 (FP4) que se unen a plaquetas. Son inmunoglobulinas del tipo IgG, que activan las plaquetas mediante receptor FcγIIa. La formación de trombos mediada por IgG anti-PF4/polianión en pacientes con VITT, se acompaña de una activación inmunitaria innata masiva y, en particular, de la activación fulminante de los neutrófilos, incluida la NETosis.

La aparición de estos anticuerpos podría ser secundaria a una respuesta inflamatoria desmedida, provocada por la liberación FP4 de los gránulos alfa plaquetarios. Otra hipótesis es que algún componente de la "vacuna" es responsable de causar anticuerpos anti FP4, como el adenovirus en sí, la proteína Spike, o algún otro componente como el polisorbato 80, tampoco está claro si actúa como hapteno o moléculas con secuencias homólogas entre FP4 y las espículas.

El profesor Andreas Greinacher, un experto alemán en temas relacionados con la sangre, presenta otra teoría. Greinacher y su equipo de la Universidad de Greifswald creen que las "vacunas" de vectores virales (AstraZeneca y Johnson & Johnson), podrían causar ***una respuesta inmunológica que provoca coágulos de sangre debido a la presencia de proteínas de origen humano o por el***

conservador que se utiliza en la "vacuna" de AstraZeneca. De acuerdo con el diario The Wall Street Journal:

"El profesor Greinacher y su equipo han identicado ***más de 1000 proteínas en la 'vacuna' de AstraZeneca derivadas de células humanas, así como un conservador conocido como ácido etilendiaminotetraacético o EDTA***.

Su hipótesis es que ***el EDTA, que es común en los medicamentos y en otros productos, ayuda a que esas proteínas se desvíen hacia el torrente sanguíneo, donde se unen a un componente sanguíneo llamado factor plaquetario 4, o PF4, lo que formaría complejos que activan la producción de anticuerpos***.

La inflamación causada por las "vacunas", combinada con los complejos PF4, podría engañar al sistema inmunológico al hacerle creer que el cuerpo se infectó por bacterias y crear un mecanismo de defensa anticuado que luego se sale de control y causa coágulos y sangrado. El tipo de coagulación que se observó se conoce como trombocitopenia trombótica inmunitaria inducida por vacuna o VITT. Los estudios revisados por pares del grupo del profesor Greinacher, así como de los equipos de la Universidad de Oslo y el University College London confirmaron su existencia".

Otros científicos plantean la hipótesis de que ***los adenovirus que se utilizan en las "vacunas" de vector de ADN podrían desempeñar un papel muy importante, ya que también se han relacionado con los coágulos de sangre***. Por otro lado, una teoría que sugirió el profesor Eric van Gorp en los Países Bajos es que los intensos síntomas similares a los de la gripe y que son inducidos por las vacunas contribuyen a la inflamación que puede provocar o agudizar una reacción autoinmunológica que provoca coágulos de sangre.

El Dr. Abd Al-Roof Higazi, jefe de la División de Laboratorios y Departamento de Bioquímica Clínica del Centro Médico de la Universidad Hadassah en Jerusalén, ha encontrado el mecanismo que causa los coágulos. Higazi y sus colegas publicaron un artículo el año pasado en la revista Blood de la Sociedad Estadounidense de Hematología sobre el péptido ***Alfa-defensina***. Descubrieron que ***este péptido acelera la creación de coágulos de sangre y previene su desintegración***. Esta experiencia les ayudó a comprender lo que les estaba sucediendo a los pacientes con Covid-19 porque los medicamentos anticoagulantes existentes no afectan la alfa-defensina.

Un estudio publicado en New England Journal of Medicine liderado por científicos alemanes y austríacos ha encontrado la causa de este efecto secundario de la "vacuna". Se trata de un proceso semejante al producido en casos muy raros tras la administración de heparina. Consiste en la producción por nuestro cuerpo de unos anticuerpos que se unen a las plaquetas (las células encargadas de la coagulación de la sangre) provocando la formación de trombos. ***Estos trombos pueden ser severos o incluso resultar*** fatales. La reacción inmune promovida por la "vacuna" puede provocar no solo trombocitopenia y trombosis venosa cerebral/esplácnica, también otros SAEs trombóticos y tromboembólicos.

La VITT se asemeja a una HIT (trombocitopenia inducida por heparina) espontánea o de tipo inmunológica. Han sido descriptos cuadros de HIT espontanea gatillados por polianiones como lipopolisacáridos bacterianos en cuadros infecciosos o liberados post cirugías traumatológicas.

Lo que supuestamente hace la proteína Spike del supuesto SARS-CoV-2, es que se une al receptor ACE2 en las plaquetas. La activación posterior de las plaquetas puede causar coagulación intravascular diseminada (CID), es decir, una estimulación patológica excesiva en su sistema que provoca coágulos sanguíneos anormales, así como trombocitopenia y hemorragia. Termina con tantos coágulos de sangre en todo su sistema vascular que su sistema de coagulación se agota y causa un sangrado (hemorragia). Cabe destacar que se encontró trombocitopenia (baja cantidad de plaquetas) en casos graves de Covid-19 y en personas "vacunadas" por igual, lo que sugiere que ***la proteína Spike podría ser la causa***.

En la enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19), múltiples eventos tromboinflamatorios contribuyen a la fisiopatología, incluida la activación del sistema de coagulación, la fibrinólisissuprimida, la lesión de células endoteliales vasculares y las alteraciones protrombóticas en células inmunes como macrófagos y neutrófilos. Aunque la trombocitopenia no es una presentación inicial como una coagulopatíainfecciosa, estudios recientes han demostrado el papel vital de las plaquetas en la coagulopatía asociada a Covid-19 SARS-CoV-2 y se sabe que su proteína espiga promueve directa o indirectamente la liberación de mediadores protrombóticos e inflamatorios que conducen a la coagulopatía asociada a Covid-19. ***Aunque las características clínicas de la trombocitopenia trombótica inmune inducida por la vacuna incluyen ubicaciones poco comunes de trombosis, incluido el seno venoso cerebral, especulamos que las vías protrombóticas iniciadas por la proteína espiga del coronavirus están involucradas en la patogénesis de la trombocitopenia trombótica inmune inducida por la vacuna, ya que la evidencia actual sugiere que la*** proteína espiga ***es el promotor y otros cofactores como la respuesta inmune perturbada y la reacción inflamatoria mejora la producción de anticuerpos antiplaquetarios del factor 4***.

El 28 de febrero de 2021, el Dr. Sucharit Bhakdi, profesor jubilado, microbiólogo yespecialista en inmunología y enfermedades infecciosas, junto con otros médicos y científicos que crearon el colectivo COVID Ethics, enviaron una carta a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés), donde advierten sobre el ***potencial de las "vacunas" contra el Covid-19 para causar coágulos de sangre, trombosis de las venas cerebrales y muerte súbita***.

Advirtieron que a menos que se demuestre tal evidencia, "debe esperarse que durante la expresión de los ácidos nucleicos de las vacunas, los péptidos derivados de la proteína Spike se presentarán a través de la vía MHC I - en la supercie luminal de las células", y que muchas de las personas sanas tienen linfocitos CD8 que reconocen este tipo de péptidos, ya sea debido a una infección

previa por Covid-19 o por una reacción cruzada con otros coronavirus responsables del resfriado común.

"***Debemos asumir que estos linfocitos causarán un ataque en las células respectivas***", anotaron, a menos que exista evidencia para descartar esta probabilidad.

Si los linfocitos causan un ataque a las células, "debe esperarse que se produzca un daño endotelial, lo que posteriormente crea coagulación sanguínea por medio de la activación plaquetaria", advirtieron. Y agregaron que también esperaban ***una menor cantidad de plaquetas y la aparición de dímeros D en la sangre, al igual que "innumerables lesiones isquémicas en todo el cuerpo, incluyendo el cerebro, médula espinal y el corazón", seguidas de "hemorragias y accidente cerebrovascular hemorrágico***".

Bhakdi explica la ciencia detrás de los trastornos sanguíneos que se observan después de recibir las "vacunas" contra la Covid-19 y la razón por la que ***estas "vacunas" podrían causar una función inmunológica hiperactiva en miles de millones de personas a largo plazo***.

Él cree que ***las células endoteliales que recubren los vasos sanguíneos absorben el ARNm o el ADN de las vacunas. Después, estas células comienzan a producir la proteína Spike del SARS-CoV-2 en la pared de los vasos sanguíneos***.

"***Esta es una situación desastrosa, porque la proteína Spike se encuentra ahora en la supercie de las células y frente al torrente sanguíneo. Se sabe que estas proteínas Spike las activan y eso activa todo el sistema de coagulación cuando tocan las plaquetas***.

Lo segundo que debería suceder, de acuerdo con la teoría, es que los residuos de esta proteína que se producen en la célula, se coloquen en la 'puerta' de la célula y se presenten al sistema inmunológico.

El sistema inmunológico, en especial los linfocitos, los reconoce y ataca a las células, porque no quiere que produzcan virus o partes virales. Y las partes virales ahora se producen en lugares donde nunca llegarían de forma natural, como la pared del vaso cerebral.

Si ese "tapiz" de la pared (es decir, el revestimiento del vaso sanguíneo) se destruye, entonces es la señal para que el sistema de coagulación se active y cree un coágulo de sangre. Y ***esto sucede con todas estas 'vacunas'***, porque el gen (la instrucción para producir la proteína Spike) se incrusta en la pared del vaso."

Un artículo informativo de la Dra. Veronica Hackethal de abril del 21, señaló que: "***Los coágulos son notables, algunos se han producido en ubicaciones*** inusuales ***y mortales; en las venas que drenan el cerebro (conocida como***

trombosis del seno venoso cerebral) y el abdomen (conocida como trombosis de la vena esplácnica)”.

Microcoágulos

Un aspecto de la pandemia que recibe poca atención es la formación de coágulos de sangre microscópicos en todo el cuerpo. Estos no se encuentran fácilmente a través de las tecnologías de imágenes y escaneo médico convencional.

Son el resultado de las proteínas de pico que arruinan los vasos sanguíneos finos y causan microcoágulos de sangre. Las moléculas de proteína de pico de la supuesta infección por Covid son las mismas que suceden cuando las “vacunas” antiCovid producen grandes cantidades de ellas en su cuerpo. Entonces, las “vacunas” crean el mismo problema sanguíneo que la propia Covid.

¿Qué pueden causar estos microcoágulos de sangre? Esa es la pregunta clave. No hay más que malas noticias de las que muy pocas personas son conscientes. Encontrar pruebas de que los tiene es difícil.

Los coágulos de sangre que se producen en los vasos sanguíneos más pequeños se denominan trombosis microvasculares. Los síntomas clínicos dependen de los órganos más fuertemente afectados.

Aquí está el punto principal: muchos pacientes pueden experimentar microcoagulación de sangre que no es visible a simple vista o con escaneos normales, pero que produce efectos negativos.

Cuando se bombean a los pulmones, pueden diagnosticarse como embolias pulmonares. Si llegan al cerebro, pueden causar un derrame cerebral o confusión. Si se alojan en el corazón, pueden provocar un infarto. Si se alojan en los vasos sanguíneos más pequeños que proporcionan oxígeno a las manos o los pies, pueden causar que esas extremidades se entumezcan y requieran amputación. Los coágulos en otros órganos, como el hígado o los riñones, pueden hacer que esos órganos fallen.

El diagnóstico de la coagulación depende en gran medida de dónde terminan alojados los coágulos, lo que explica por qué las personas que toman inyecciones de "vacuna" de proteína de pico experimentan una variedad tan amplia de lesiones y muertes. Más de un millón de lesiones ahora reportadas en la base de datos de VAERS CDC, con estimaciones de cientos de miles de muertes hasta ahora solo en los EE. UU.

El eminente Dr. Peter McCollough, un gran experto médico, se ha ocupado de los microcoágulos. Al principio de la pandemia, señaló que “la proteína Spike en sí misma causaba la coagulación”.

Un tipo único de coagulación, hizo que los glóbulos rojos se mantuvieran unidos. Al mismo tiempo, las plaquetas se pegan entre sí. Entonces, este es un tipo muy diferente de coágulo de sangre que veríamos con coágulos de sangre mayores en

las Arterias y Venas. Por ejemplo, coágulos de sangre involucrados en accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos. Coágulos de sangre involucrados en los principales vasos sanguíneos de las piernas. Este era un tipo diferente de coagulación y, de hecho, los italianos valientemente hicieron algunas autopsias y encontraron microcoágulos de sangre en los pulmones. Y así, entendimos al final, que la razón por la cual los Pulmones fallan no es porque el virus esté ahí. Es porque los microcoágulos de sangre están ahí. Cuando las personas no pueden respirar, el problema es la microcoagulación de sangre en los pulmones. La espícula en la bola del virus daña los vasos sanguíneos y provoca la coagulación de la sangre”.

Las “vacunas” Covid pueden insertar proteínas de punta como las creadas por la supuesta infección Covid. ¿Deberíamos esperar problemas de salud de las “vacunas” antiCovid como los de la supuesta infección por Covid? ¡Sí!

De igual forma, meses atrás, en julio de 2021, un médico canadiense, Charles Hoffe, hizo públicos sus hallazgos sobre los pacientes “vacunados” contra el Covid. Usando la prueba de sangre del dímero D, descubrió que ***el 62% de cientos de sus pacientes “vacunados” tenían números altos que indicaban la presencia de microcoágulos de sangre***. Una prueba de dímero D mide la cantidad de fibrina degradada en la sangre.

Hizo más que publicar ese hallazgo. Dijo que ***el uso de “vacunas” de ARNm “mataría a la mayoría de las personas por insuficiencia cardíaca”***.

En abril de 2021, el Dr. Hoffe escribió una carta abierta al Oficial de Salud Provincial de la Columbia Británica tratando de que el gobierno canadiense reconociera los efectos negativos de la “vacuna” relacionados con los microcoágulos sanguíneos. No tuvo éxito en detener el uso de las “vacunas” Covid.

Explicó que observó en ***sus pacientes que tomaron una "vacuna" de ARNm (ARN mensajero) de Pfizer-BioNTech o Moderna que sus capilares se estaban obstruyendo, lo que, según él, eventualmente conducirá a un evento cardiovascular grave***.

En un lenguaje sencillo, dijo que ***las inyecciones de ARNm están programadas para convertir el cuerpo de una persona en una “fábrica” de proteínas de pico y que, con el tiempo, estas proteínas de pico producidas en masa provocan una coagulación sanguínea progresiva***.

Dijo lo que han expresado otros expertos médicos, a saber, que ***solo el 25% de la 'vacuna' inyectada en el brazo de una persona permanece en el brazo. El otro 75% es recolectado por su sistema linfático y literalmente alimentado a su circulación para que estos pequeños paquetes de ARN mensajero invadan su cuerpo***. Y en una sola dosis de la 'vacuna' de Moderna hay literalmente 40 billones de moléculas de ARNm.

El Dr. Hoffe dijo que, si bien las grandes farmacéuticas diseñaron estos paquetes para que se absorbieran directamente en las células de las personas, ***el único lugar donde realmente se pueden absorber es alrededor de los vasos sanguíneos y en las redes capilares***, que son los vasos sanguíneos más pequeños donde el flujo de sangre es lento. y donde se liberan los genes.

"Tu cuerpo luego se pone a trabajar leyendo y luego fabricando trillones y trillones de estas proteínas de punta", dijo. "Cada gen puede producir muchas, muchas proteínas de punta. Luego, el cuerpo reconoce que estos son cuerpos extraños, por lo que produce anticuerpos contra ellos para que esté protegido contra Covid. Esa es la idea. "Ahora sabemos que esta teoría ***no asegura la destrucción del virus ni su transmisión, ni una inmunidad efectiva***.

Aunque durante mucho tiempo se ha afirmado que ***estas proteínas de punta*** actúan como un elemento disuasorio de la infección viral después de inyectarlas en el cuerpo de una persona, la realidad es que ***se convierten en parte de la pared celular del endotelio vascular de una persona o revestimientos de los vasos sanguíneos***.

El resultado no es bueno. Se supone que sus vasos sanguíneos son suaves para que su sangre fluya sin problemas. ***Después de que las proteínas de pico invaden su cuerpo, los pequeños vasos sanguíneos tienen estos pequeños fragmentos puntiagudos que impiden el flujo sanguíneo y pueden causar coágulos***. ***Y si tiene muchos coágulos, entonces su recuento de plaquetas en la sangre puede disminuir considerablemente, y esto puede provocar problemas de sangrado***.

El Dr. Hoffe dijo que ***es inevitable que la "vacuna" inyectada desarrolle coágulos sanguíneos porque a medida que las proteínas de pico insertadas en la "vacuna" se incrustan en los vasos sanguíneos y capilares, las plaquetas sanguíneas circulan tratando de solucionar el problema creando cada vez más coágulos***.

"Entonces, ***cuando la plaqueta pasa por el capilar, de repente golpea todos estos picos de Covid y se vuelve absolutamente inevitable que se formen coágulos de sangre para bloquear ese vaso***", escribió. Por lo tanto, ***estas proteínas de pico previsiblemente pueden causar coágulos de sangre***. Están en sus vasos sanguíneos, por lo que está garantizado".

Lo que debe recordarse es que ***estos*** coágulos ***de sangre son diferentes a los "raros" de los que hablan los médicos que aparecen en tomografías computarizadas y resonancias magnéticas o incluso en imágenes de ultrasonido***. ***Estos son microscópicos y no aparecen en las pruebas***, ***ya que solo se pueden detectar mediante un análisis de sangre conocido como dímero d***. Y casi todos los médicos no usan esta prueba de forma rutinaria.

El Dr. Hoffe realizó pruebas de dímero D en sus pacientes "vacunados" con ARNm, lo que lo llevó al descubrimiento de que ***al menos el 62% de ellos tienen***

estos coágulos de sangre microscópicos. No está del todo claro por qué algunas personas no desarrollan coágulos.

"La parte más alarmante de esto es que ***hay algunas partes del cuerpo como el cerebro, la médula espinal, el corazón y los pulmones que no pueden*** regenerarse", dijo. "***Cuando esos tejidos se dañan por coágulos de sangre, se dañan permanentemente***". Esta es la razón de que haya un gran número de personas "vacunadas" que han sufrido la muerte o una amplia gama de impactos graves en la salud a causa de las "vacunas" contra la Covid.

Por otro lado, Richard Hirschman, un embalsamador certificado y director de funerarias con más de 20 años de experiencia, ha presenciado algunos hallazgos misteriosos e inquietantes. En el período de tiempo transcurrido desde que se implementaron las "vacunas" antiCovid-19, a partir de mediados de 2021, Hirschman afirma que ***ha estado encontrando "***coágulos extraños***" en los cuerpos de los fallecidos***.

El inicio del coágulo es blanco y gomoso, después se torna rojo y se asemeja a un coágulo regular. No obstante, en su mayoría tiene una consistencia diferente, ya que es blanco y gomoso. "Simplemente no es normal", dijo Hirschman, además de agregar lo siguiente:

"Por lo general, un coágulo es suave, pues la sangre se coaguló. Pero cuando lo aprietas, lo tocas o tratas de levantarlo, por lo general, se deshace, es posible apretarlo con los dedos y hacerlo sangrar. Sin embargo, ***este material fibroso blanco es bastante*** fuerte. No es para nada frágil. Puedes manipularlo, es muy maleable. ***No es normal que sea así***. ***No sé cómo alguien puede*** vivir ***con algo así dentro***".

La persona de la que se extrajo el coágulo largo había recibido vacunas antiCovid-19, pero de todos modos contrajo la enfermedad. Hirschman comentó: "los dieron de alta del hospital después de dar negativo a la prueba del SARS-CoV-2, no obstante, murieron días después, ***seguro fue porque tenían coágulos"***.

"Para ver lo que hay dentro de esto, literalmente podría enjuagar estos coágulos, quitarles la sangre y esta sustancia blanca se mantiene fuerte. No se disuelve. Puede romperlo, pero es elástico". Cuando habló con sus colegas, le confiaron que también han visto lo mismo.

Otro aspecto inusual de los coágulos es que se encuentran tanto en las venas como en las arterias. Por lo general, los coágulos no se encuentran en las arterias, a menos que una persona haya estado muerta durante varios días, que no era el caso cuando Hirschman los encontró.

Hirschman y un colega han extraído numerosos hilos fibrosos de los cuerpos, un fenómeno que no había visto antes en sus más de 20 años de carrera. Los describió como gusanos, mientras que un colega dijo: "Parecen gusanos del

corazón", pero no son gusanos ni parásitos. Como dijo Hirschman, nunca vio que alguno se moviera. En un comentario, el Dr. Robert Jay Rowen explicó:

“Vi este video y es aterrador. Un embalsamador no podía sacar sangre de las venas de las piernas para inyectar formaldehído, el cual preserva el cuerpo. Exploró y no solo encontró coágulos, que pueden ser naturales, sino que al final del coágulo encontró ***un material denso y fibroso de color blanco que describió como con forma de gusano***, pero no quiero que piensen que pudo haber sido un parásito.

Parecía una cuerda retorcida. A menos que lo vea, no lo creería. Y fue peor, pues encontró algunos en las arterias, los cuales no tendrían que haberse formado ahí debido al alto flujo en esa área. Sus colegas reportaron hallazgos similares desde la aplicación de la vacuna antiCovid-19”.

Hirschman dijo que el mes de enero del 2021 fue el más ocupado en su carrera, lo que coincidió ***con el lanzamiento de las vacunas antiCovid-19***. ***No vio de inmediato las estructuras blancas semejantes a "gusanos", pero ahora las ve cada vez más a menudo y se preocupa por ello***.

Se dijo que muchos de los afectados habían muerto de un ataque al corazón o por un derrame cerebral. “La mayoría no verá lo que yo veo. Cuando los médicos extraen sangre, no pueden ver estas cosas”. Hirschman tiene la intención de analizar químicamente la sustancia y agregó que se ha vuelto tan común que, ***si*** embalsama ***cuatro cuerpos en un día, dos de ellos tienen coágulos fibrosos***.

Desde noviembre, Hirschman afirmó que ***más del 50% de los cuerpos que embalsama están afectados por los extraños coágulos, y la tendencia parece ir en aumento*** (del 50 al 80 % en los cadáveres):

“Si es causado por la ‘vacuna’, imagine la cantidad de personas que morirán después, porque ***la gente no puede vivir con este tipo de sustancia*** flotando ***en sus vasos***.

Y en las últimas fechas, es asombroso cuántas personas están muriendo debido a ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. ***Si uno de estos pequeños tejidos fibrosos llega al cerebro, sufrirá un derrame cerebral. Si entra en el corazón, provocará un ataque al corazón***”.

En el último mes, dijo Hirschman, de las 35 personas que embalsamó, 24 tenían coágulos. Duda en revelar los hallazgos a los familiares de las víctimas, ya que no quiere provocar pánico. Sin embargo, si se puede descubrir la composición del material fibroso, tiene la esperanza de que se pueda hacer algo para evitar el daño y salvar algunas vidas.

Problemas cardiacos

Pandemia, epidemia o emergencia médica. No importa cómo lo llamemos, las personas que padecen enfermedades vasculares han aumentado drásticamente y

muchas están muriendo a causa de ellas. No solo no existe una vacuna posible para la enfermedad cardíaca, sino que, con toda probabilidad, las "vacunas" Covid están provocando el dolor, el sufrimiento y la muerte a través de una enfermedad cardíaca de aparición repentina. En la semana que finalizó el 12 de noviembre de 2021, el Reino Unido informó ***2047 muertes más que las ocurridas durante el mismo período entre 2015 y 2019***; Las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares parecen estar detrás de muchas de las muertes en exceso.

Ya hemos comprobado que los sueros experimentales producen *trastornos cardiacos* ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)) y muy relacionados principalmente con miocarditis y pericarditis. La inflamación del corazón tiene tres tipos principales: miocarditis (inflamación de los músculos del corazón), pericarditis (inflamación del revestimiento exterior del corazón) y endocarditis (inflamación del revestimiento interior del corazón). Pero solo la miocarditis y la pericarditis se han asociado con la "vacuna" de ARNm.

A principios de diciembre, la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. Agregó una advertencia a las hojas de datos de pacientes y proveedores para las "vacunas" Pfizer y Moderna Covid-19 para indicar un riesgo de inflamación cardíaca. Los CDC están de acuerdo y dicen que se ha informado una cantidad mayor de lo habitual de un tipo de inflamación cardíaca después de la "vacunación" Covid-19, especialmente entre los hombres jóvenes después de su segunda dosis de una "vacuna" de ARNm.

En la actualidad, el mecanismo por el cual las "vacunas" de ARN mensajero causan miocarditis es poco conocido. Un artículo preimpreso reciente (que aún requiere revisión por pares) ha planteado la hipótesis del origen fisiopatológico de la miocarditis posvacunal:

Esto sigue a la observación histopatológica de corazones de personas que murieron de miocarditis posvacunación que mostró similitudes con la miocarditis inducida por feocromocitoma (un tumor suprarrenal que produce demasiadas catecolaminas y causa en particular hipertensión, palpitaciones, angina, dolor de cabeza). ***El ARNm de la "vacuna" resultante o la proteína de punta podrían causar un síndrome adrenérgico. Las respuestas a las catecolaminas son fisiológicamente más altas en jóvenes y hombres. También son más altos en atletas masculinos que en no atletas, y se ven favorecidos por la presencia de hormonas andrógenas. Finalmente, las respuestas de catecolaminas, que ya están elevadas en los atletas masculinos jóvenes, se sobreexpresan en los atletas "vacunados"***.

Esto podría explicar el mayor riesgo de miocarditis posvacunal en hombres jóvenes sanos y atléticos.

Los signos clínicos comunes de miocarditis y pericarditis relacionadas con la "vacuna" de ARNm son niveles elevados de troponina (un biomarcador sanguíneo de daño al músculo cardíaco), imágenes cardíacas anormales y dolor en el pecho.

Otros síntomas más raros incluyen dolor de cabeza, dificultad para respirar, fatiga y dolor de cuerpo.

Los pacientes con miocarditis fulminante aguda (caracterizada por una disfunción sistólica ventricular izquierda grave que requiere tratamiento con medicamentos o asistencia circulatoria mecánica) que sobreviven a la etapa aguda tienen una tasa de supervivencia del 93% a los 11 años, mientras que los que tienen miocarditis aguda no fulminante (disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, o de lo contrario, hemodinámicamente estable) tienen una tasa de supervivencia de solo el 45% a los 11 años.

Esto puede significar que entre el 7% y el 55% de los adolescentes afectados por estas "vacunas" posiblemente no llegarán a los 20 o principios de los 30 años. ¡Es posible que algunos ni siquiera lleguen a los 20 años! ¿Cómo es posible que esto sea una compensación aceptable para un virus del que no tienen ningún riesgo de morir siendo niño o adolescente?

Las autoridades sanitarias descubrieron y reconocieron ***hace tiempo las reacciones adversas relacionadas con el sistema cardiovascular a partir de las "vacunas" Covid***. Algunas de estas autoridades afirmaban que las afecciones cardíacas son muy raras y continuaban recomendando la "vacunación" sin preocupaciones, mientras que otros países, como: Dinamarca, Noruega, Francia, Suecia o Japón, limitaban su campaña de "vacunación" de alguna manera debido a estos problemas cardiovasculares. Estos problemas cardiovasculares tendían a ser más frecuentes en las personas más jóvenes, y un estudio mostró que ***los niños en la mitad de la adolescencia tenían 6 veces más probabilidades de ser hospitalizados por afecciones cardíacas después de su segunda dosis, que de ser hospitalizados por Covid***. El sistema de informes VARES que rastrea los informes de eventos adversos, lleva tiempo mostrando significativamente más informes de mio / pericarditis **entre los adultos más jóvenes**. ***En comparación con la vacuna contra la gripe, los informes de eventos adversos en general, y de problemas cardíacos en particular, son dramáticamente más altos en asociación con las "vacunas" Covid en comparación con las vacunas contra la gripe***.

En general, se asume que estos eventos cardiovasculares son poco frecuentes y no representan un problema de seguridad significativo con la "vacuna" Covid. Sin embargo, ***la*** correlación ***entre las dramáticas admisiones a la sala de emergencias, las respuestas de las ambulancias, los eventos adversos relacionados con los problemas cardíacos y la campaña de "vacunación" Covid*** no se puede ignorar ***y necesita más investigación***.

Los CDC siempre nos han dicho que solo existe un riesgo ligeramente elevado de miocarditis al recibir la "vacuna". Citan datos del sistema VAERS que muestran bajas tasas de informes. Sin embargo, siempre se "olvidan" convenientemente de mencionar que el VAERS no se informa correctamente y no estiman el factor de subinforme del VAERS. ***Esto*** significa ***que es probable que sus estimaciones se desvíen por un factor de 100 o más***.

La confirmación de que los CDC están equivocados y que sus números son, de hecho, al menos 100 veces más bajos, la podemos encontrar, por ejemplo, en una encuesta directa de usuarios de una muestra representativa de los Estados Unidos realizada por una firma encuestadora profesional (con un margen de error nominal del 4%) muestra ***una tasa de miocarditis del 3.7%*** entre los estadounidenses que se "vacunaron" y respondieron a la encuesta. Este número es consistente con ejecuciones anteriores de la encuesta con diferentes encuestados. ***Es 536 veces más alto que los números de los CDC***.

Esta encuesta confirmó la estimación de muertes en una encuesta anterior (que fue de 600 000 como mínimo). En este caso, 8.12/12.79 que es Q19/Q23 que es la relación muertes por la "vacuna"/muertes por Covid. Entonces, ***si 1 millón de personas murieron a causa de Covid, entonces más de 600 000 personas murieron a causa de la "vacuna"***.

En relación a esto, los hombres jóvenes tienen más probabilidades de reportar daño cardíaco después de la "vacunación" con una inyección de ARNm contra la Covid-19 y es más probable que el daño se reporte después de la segunda dosis, según una investigación publicada el 25 de mayo del 2022 en The British Medical Journal, BMJ.

Los investigadores basaron su conclusión en una revisión sistemática de la literatura científica y de los datos de lesiones por "vacunas" recopilados por los sistemas de informes pasivos en el Reino Unido, Europa y EE. UU.

El objetivo de la revisión sistemática fue comprender mejor los factores de riesgo para desarrollar miocarditis y pericarditis después de la "vacunación" con las inyecciones Pfizer-BioNTech y Moderna Covid-19.

Resultados de la revisión sistemática: ¿son 'muy raras' la miocarditis y la pericarditis?

En general, se enviaron 18 204 informes de miocarditis y pericarditis a los reguladores del Reino Unido, Estados Unidos y la UE durante el período de estudio, desde que se lanzaron las inyecciones de ARNm por primera vez hasta mediados de marzo de 2022.

En los EE. UU., se informaron al VAERS 2986 eventos después de Comirnaty y 1640 eventos después de Spikevax. (Nota: los autores de la revisión se refieren a todas las inyecciones de Pfizer como Comirnaty y Moderna como Spikevax , aunque en los EE. UU., esas marcas no se distribuyen; solo las inyecciones Pfizer BioNTech y Moderna están disponibles en los EE. UU.).

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 124.12 millones de personas se "vacunaron" por completo con Pfizer y 75.57 millones de personas se "vacunaron" por completo con Moderna durante el período de estudio.

Para Pfizer, esta es una tasa de notificación de 14.70 casos de miocarditis y 9.36 casos de pericarditis por 1 millón de personas con todas las

inyecciones. La tasa combinada de miocarditis y pericarditis es de 12.03 casos informados por 1 millón de personas "vacunadas" por completo.

Para Moderna, hubo 12.35 casos de miocarditis y 9.36 casos de pericarditis informados por 1 millón de receptores completamente "vacunados". La tasa combinada de notificación de miocarditis y pericarditis es de 10.86 por 1 millón.

En el Reino Unido, hubo 1260 eventos después de Comirnaty y 325 eventos después de que Spikevax. Al 16 de marzo de 2022, se estimó que se administraron 26.2 millones de primeras dosis y 23.6 millones de segundas dosis de Comirnaty en el Reino Unido.

Los autores calcularon que hubo aproximadamente 48.09 casos de miocarditis y pericarditis por millón de "vacunados" que habían recibido al menos una dosis de Comirnaty.

Para Spikevax, se administraron aproximadamente 1.6 millones de primeras dosis y 1.5 millones de segundas dosis de Spikevax en el Reino Unido. De los que recibieron al menos una dosis, se informaron 203.13 casos de miocarditis y pericarditis por cada millón de personas "vacunadas".

En la UE, se informaron a EudraVigilance 9211 eventos después de Comirnaty y 2786 después de Spikevax.

Aproximadamente 296.05 millones de personas recibieron al menos una dosis de Comirnaty y aproximadamente 46.56 millones recibieron una primera dosis de Spikevax.

Los autores calcularon que las tasas de notificación fueron 14.50 notificaciones de miocarditis y 16.61 notificaciones de pericarditis por 1 millón para Comirnaty. La tasa de notificación combinada fue de 15.56 casos de miocarditis y pericarditis por millón de personas que recibieron al menos una dosis de Comirnaty.

Para Spikevax, la tasa de notificación fue de 28.01 informes de miocarditis y 31.83 informes de pericarditis por 1 millón de "vacunados", con una tasa de notificación combinada de 29.92 por millón de receptores de Spikevax.

Hubo 13 573 eventos de miocarditis y/o pericarditis informados en los estudios observacionales incluidos en la revisión sistemática de la literatura, pero estos no pueden ayudar a calcular la tasa general de estos eventos adversos.

Los autores concluyeron de lo anterior que, "si bien las tasas de notificación de miocarditis y pericarditis han diferido entre las bases de datos de notificación espontánea, en general, demuestran que estos eventos son muy raros (definidos como que ocurren en una tasa de menos de 1 en 10.000)". Los autores señalaron que "es posible que no se notifiquen los eventos a los reguladores; por lo tanto,

es posible que los eventos de miocarditis y pericarditis sean eventos 'raros' (más frecuentes que 1/10.000) en lugar de eventos 'muy raros' (menos frecuente que 1/10.000) eventos como se sugiere".

Los autores citaron el sitio web del Formulario Nacional Británico para obtener orientación sobre lo que se considera un evento adverso "raro" versus "muy raro", pero este sitio web está disponible solo para usuarios en el Reino Unido. En la literatura, un evento adverso se considera "raro" si la tasa está entre 1 caso en 1000 personas y 1 caso en 10 000, y como "muy raro" si es menos de 1 caso en 10 000 personas.

***Los autores** informaron **la miocarditis y la pericarditis en términos de casos por millón, pero la determinación de si un evento adverso se considera raro o muy raro se da como** casos por 10 000*.

Para convertir las tasas para facilitar la comparación, esto significa que un evento adverso es raro si hay de 100 a 1000 casos por millón, y se considera muy raro si hay menos de 100 casos por millón.

Incluso sin tener en cuenta el subregistro, la tasa notificada de miocarditis y pericarditis para quienes recibieron Spikevax en el Reino Unido fue de 203.13 casos por cada millón de personas "vacunadas", lo que es "raro", no "muy raro".

Los autores señalaron que el subregistro es "posible":

Para VAERS, considerado uno de los mejores sistemas de notificación de eventos adversos de vacunas en el mundo, existe evidencia de que los eventos adversos de vacunas no se notifican por un factor de 10 a 100. Un estudio de 2020 sobre la sensibilidad de VAERS para detectar otros dos eventos adversos graves, anafilaxia y síndrome de Guillain-Barré, encontró que del 13% al 76% de los casos de anafilaxia se informaron a VAERS, y del 12% al 64% de los casos de síndrome de Guillain-Barré informado. Esto es un subregistro por un factor de 1.3 a 8.

***Teniendo en cuenta lo anterior sobre el subregistro al VAERS pasivo, la tasa real puede ser de** 1.3 a 100 veces mayor*. Al considerar las tasas de miocarditis y pericarditis presentadas en esta revisión sistemática, es importante recordar que son tasas informadas, no la tasa real en la población. Además, la tasa anterior es para la población en general, no para la población de mayor riesgo, los hombres jóvenes.

En general, los autores encontraron que ***los hombres representaban el 62.24 % (11 331 casos) de los informes de miocarditis y pericarditis a los sistemas de informes pasivos***.

En los Estados Unidos, el 72.92% de los casos informados fueron hombres, en el Reino Unido, el 60.92% fueron hombres y en la UE, el 60.75% fueron hombres.

En los Estados Unidos y el Reino Unido, la mayoría ***de los informes procedían de hombres menores de 40 años***: el 47.3 % de los casos notificados en los EE. UU. y el 59.7 % de los casos notificados en el Reino Unido. Las tendencias de edad fueron menos claras en la UE.

También se informó en la literatura un mayor porcentaje de hombres que experimentaron daño cardíaco después de una inyección de ARNm. ***Los autores*** calcularon ***que, en promedio, el 60.31% de los eventos de miocarditis y/o pericarditis posteriores a las inyecciones de ARNm antiCovid-19 ocurrieron en hombres (el rango fue del 50% al 100%)***.

Después de todo lo expuesto es fácil ver que ***los hombres jóvenes tienen*** más probabilidades ***de sufrir miocarditis y pericarditis después de la "vacunación" con los sueros experimentales antiCovid-19 que utilizan la plataforma de ARNm***.

Los informes a los sistemas de monitoreo pasivo fueron más frecuentes ***después de la segunda dosis de una inyección de ARNm*** (47.1 % de los informes, cuando los datos estaban disponibles).

Estos datos de los sistemas de monitorización pasiva son consistentes ***con los 32 estudios incluidos en la*** revisión ***sistemática***, que mostró que ***el 64.72% de los casos se notificaron después de la segunda dosis*** (con un rango de 25.00% a 91.78%).

Los autores de la revisión observaron que ***en los tres sistemas de notificación espontánea y para ambas inyección de ARNm, la tasa de notificación de miocarditis fue mayor que la de pericarditis***.

En el Reino Unido y la UE, las tasas de notificación de miocarditis y pericarditis fueron más altas después de Spikevax en comparación con Comirnaty. Sin embargo, esto no se observó en los EE. UU., donde el daño cardíaco después de Comirnaty fue un poco más frecuente que después de Spikevax.

Los autores observaron que ***una dosis completa de Spikevax utilizada para la primera y la segunda dosis contiene 100 µg de nucleótidos de ARNm, mientras que una dosis completa de Comirnaty contiene un tercio de esa dosis, 30 µg del material de ARNm***. "Esta es una posible razón de la mayor tasa de notificación de miocarditis y pericarditis observada con Spikevax en la población del Reino Unido", dijeron.

Los autores escribieron que se usa media dosis de Spikevax (50 µg) para las dosis de refuerzo, que aún es más material de ARN que en Comirnaty.

"Por lo tanto, ***será cada vez más importante, a medida que más personas reciban la tercera y posteriores dosis de refuerzo de las inyecciones de ARNm contra la Covid-19, monitorear la frecuencia y la gravedad de la miocarditis y la pericarditis después de la exposición a estas inyecciones***", dijeron.

De igual forma, en junio de 2021, un equipo internacional de dieciséis científicos publicó una carta de investigación que señalaba ***la relación temporal entre la aparición de miocarditis aguda en ocho hombres adultos, entre las edades de 21 y 56 años***.

Estos científicos, subrayaron que "***los proveedores deben estar atentos a la miocarditis después de la 'vacunación' con ARNm antiCovid-19, y se requiere más investigación para comprender los riesgos cardiovasculares a largo plazo***".

El vínculo entre la inflamación del corazón (miocarditis) y la inflamación del tejido que rodea el corazón (pericarditis) se exploró más a fondo en un artículo detallado publicado en el British Medical Journal ese mismo mes. Ese artículo citó al Dr. Vinay Prasad, hematólogo-oncólogo y profesor asociado en el departamento de epidemiología y bioestadística de la Universidad de California en San Francisco, quien expresó profundas reservas sobre la administración de "vacunas" contra la Covid-19 a los jóvenes, dados los primeros informes de problemas cardíacos.

"Hay una señal de seguridad clara y grande en los hombres jóvenes y también una señal clara pero pequeña en las mujeres jóvenes", dijo Prasad. ***Dado el riesgo de daño cardíaco***, dijo Prasad, ***la forma más segura de avanzar sería suspender todas las 'vacunas' en niños menores de dieciocho años***.

Un estudio publicado en Journal of American Medical Association (JAMA) muestra que 1 de cada 100 000 personas tenía miocarditis relacionada con la "vacuna" y 1.8 de cada 100 000 personas tenían pericarditis, en comparación con los datos de los CDC de que 4.8 personas de cada millón sufren miocarditis después de recibir una "vacuna" Covid. En otro estudio, encontraron una **incidencia de miocarditis, de 10 en 10 000, es decir, 1 de cada 1000**; estos resultados son espeluznantes, imaginemos la cifra real considerando el número total de pinchazos a nivel mundial. Los ataques cardíacos aumentaron un 25% en Escocia desde que se introdujeron los sueros experimentales. Durante el verano, Escocia experimentó un aumento del 25% en el número de personas "completamente vacunadas" que tuvieron que ser trasladadas de urgencia al Hospital Nacional Golden Jubilee en Clydebank con arterias parcialmente bloqueadas, una ocurrencia común entre quienes se inyectan.

En una publicación: "***Concluimos que las 'vacunas' de ARNm aumentan drásticamente la inflamación en el endotelio y la infiltración de células T del músculo cardíaco y pueden explicar las observaciones de aumento de trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares después de la 'vacunación'***".

Gundry explicó:

"Recientemente, ***con el advenimiento de las "vacunas" de ARNm Covid-19 (vac) por Moderna y Pfizer, se hicieron evidentes cambios dramáticos en la*** puntuación PULS en la mayoría de los pacientes".

La prueba PULS (Protein Unstable Lesion Signature) mide los biomarcadores de proteínas clínicamente más importantes que se filtran de las lesiones cardíacas en las paredes de los vasos sanguíneos, lo que proporciona una medida de la respuesta del sistema inmunológico del cuerpo a la lesión arterial.

Se han informado miles de lesiones relacionadas con el corazón después de las "vacunas" de ARNm contra la Covid. ***Estas lesiones conducen a la formación y progresión de lesiones cardíacas que pueden volverse inestables y romperse, dando lugar a eventos cardíacos***.

Los científicos ya han establecido una gran cantidad de efectos relacionados con el corazón y la sangre de las "vacunas" Covid-19 en algunos pacientes, incluidos los jóvenes. ***Entre los eventos adversos relacionados con las "vacunas" se encuentran la trombosis, los coágulos sanguíneos y la inflamación del corazón conocida (miocarditis y pericarditis)***.

Sin embargo, tanto los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Administración de Drogas y Alimentos en los EE.UU, como la EMA en Europa, dicen que las "vacunas" son seguras y efectivas para todas las personas a las que se recomiendan, y que los beneficios superan los riesgos conocidos.

Un experto en cardiología de renombre mundial advirtió sobre un vínculo entre las inyecciones contra la Covid-19 desarrolladas apresuradamente y las enfermedades cardíacas. Dijo en la televisión del Reino Unido que los investigadores de cardiología han encontrado evidencia para respaldar esto, pero tienen demasiado miedo de perder dinero de las compañías farmacéuticas como para publicar la prueba.

En declaraciones a Alex Phillips de GB News, el Dr. Aseem Malhotra hizo referencia a una publicación reciente (ya mencionada) del cirujano cardíaco Stephen Gundry, señalando que las inyecciones contra el coronavirus aumentan drásticamente la inflamación de los vasos sanguíneos, los músculos del corazón y pueden explicar las observaciones del aumento de la trombosis , miocardiopatía y otros eventos vasculares.

El artículo de Gundry reveló que ***después de las inyecciones de ARNm contra la Covid, la posibilidad de desarrollar una enfermedad cardíaca aumentó del 11% al 25%***.

"Ahora, lo que ha demostrado esta investigación es que ***los marcadores asociados con el aumento del riesgo de ataque cardíaco y probablemente incluso la progresión de la enfermedad cardíaca subyacente en personas que ya tienen alguna enfermedad cardíaca, han visto un riesgo significativamente mayor de ataque cardíaco, de 11 % a los cinco años al 25%***", observó el Dr. Malhotra. "Eso es un gran aumento".

Añadió que los hallazgos eran muy preocupantes. Dijo Malhotra que los hallazgos de Gundry fueron corroborados por investigadores de los departamentos de cardiología del Reino Unido, que tenían demasiado miedo de publicar sus propios

hallazgos, en caso de que las compañías farmacéuticas los sancionaran económicamente.

"Alguien de una institución británica muy prestigiosa, un investigador del departamento de cardiología, un denunciante si lo desea, se puso en contacto conmigo para decirme que los investigadores de este departamento habían encontrado algo similar dentro de las arterias coronarias vinculadas a la vacuna, inflamación de estudios de imágenes alrededor de las arterias coronarias. Tuvieron una reunión, y estos investigadores en este momento han decidido que no van a publicar sus hallazgos porque están preocupados por perder dinero de investigación de la industria farmacéutica".

Este testimonio fue respaldado además por "evidencia anecdótica" de los colegas de Malhotra en la comunidad de cardiología "en todo el Reino Unido", quienes le habían dicho que "**están viendo que las personas cada vez más jóvenes llegan con ataques cardíacos**".

El Reino Unido había visto cerca de 10 000 muertes en exceso no causadas por Covid desde julio de 2021, lo que llevó a Carl Heneghan, profesor de Medicina basada en evidencia en el Departamento de Atención Primaria Nuffield de la Universidad de Oxford, a pedir una "investigación urgente" sobre la causa de estas muertes. "***La mayoría de ellos, o una proporción significativa de ellos, han sido impulsados por enfermedades circulatorias, en otras palabras, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular***", atestiguó Malhotra, quien tiene una carrera médica ya distinguida.

Al señalar también el aumento de personas que mueren en el hogar, un aumento del 30%, Malhotra afirmó que "a menudo estos se deben a un paro cardíaco".

Al pedir al Comité Conjunto de Vacunas e Inmunización que "investigue absolutamente esto", Malhotra también imploró a los investigadores de cardiología que publiquen sus hallazgos.

"Realmente espero que se miren en el espejo y se den cuenta de que deberían publicar estas cosas porque su deber principal son los pacientes, no los intereses de la industria farmacéutica".

Dado que las señales que relacionan las inyecciones contra la Covid con las enfermedades cardíacas ahora son "tan fuertes", Malhotra pidió el fin de los mandatos de inyecciones y dijo: "Creo que si esta señal es fuerte, y si es correcta, la historia no estará de su lado" y el público no los perdonará.

"Esto es muy preocupante. Es necesario investigar y, con suerte, se podrá resolver muy pronto".

La entrevista de Malhotra marca un punto crucial en la cobertura mediática de los efectos secundarios relacionados con la "vacuna", con los usuarios de las redes sociales describiéndolo como "masivo", y el colega del Servicio de Salud Pública del Reino Unido, el Dr. Anthony Hinton, apoyando el testimonio de Malhotra.

El estudio EPI-PHARE confirma ***la existencia de riesgo de miocarditis y pericarditis en los 7 días siguientes a la "vacunación" frente a la Covid-19 con una "vacuna" de ARNm (Pfizer BioNTech y Moderna) en personas de 12 a 50 años, especialmente jóvenes menores de 30 años. Este riesgo es mayor con la vacuna Moderna***.

El exceso de riesgo se estimó en ***132 casos supernumerarios de miocarditis por millón entre los menores de 30 años para Moderna***.

La "vacuna" de Pfizer también se ha asociado con ***un mayor riesgo de miocarditis del orden de 3 por millón después de la primera dosis y 27 casos por millón después de la segunda dosis***.

Otros estudios realizados en diferentes países también ***han confirmado el aumento del riesgo de miocarditis, que es constantemente mayor después de la segunda dosis de "vacuna" que después de la primera.***

Dependiendo de los estudios y países, la tasa oscilaría, ***en hombres jóvenes, entre 1 miocarditis cada 2649 "vacunas" y 1 miocarditis cada 141 000 aproximadamente después de la segunda dosis de la vacuna de Pfizer***.

En el caso de ***las mujeres jóvenes***, este riesgo, menor que en los hombres, varía entre ***1 miocarditis cada 20 964 "vacunas" y 1 miocarditis cada 263 148 "vacunas" después de la segunda dosis de la "vacuna".***

En julio de 2021, el ejército de Estados Unidos publicó un estudio en JAMA Cardiology, en el que preguntaron si la miocarditis era un posible evento adverso después de una inyección de mRNA de Covid-19. Identificaron ***a 23 hombres a los que se les diagnosticó miocarditis dentro de los 4 días posteriores a la "vacunación".*** Determinaron ***que había un diagnóstico de miocarditis después de "la 'vacunación' en ausencia de otras causas identificadas***".

En un estudio, investigadores de Israel encontraron que ***las personas "vacunadas" con la "vacuna" de ARNm de Pfizer tenían un riesgo 3.24 veces mayor de miocarditis dentro de los 21 días de la primera o la segunda dosis en comparación con las personas no "vacunadas"***. Esto equivale a un exceso de 2.7 eventos por cada 100 000 personas. Aproximadamente el 90% de esos casos de miocarditis ocurrieron en hombres de entre 20 y 34 años.

En otro estudio, investigadores de EE. UU. Calcularon que ***las personas de 12 a 39 años tenían un riesgo 9.8 veces mayor de miocarditis / pericarditis en los días 1 a 21 de "vacunación" en comparación con los de los días 22 a 42 de "vacunación"***. Esto da un exceso de 6.3 casos por millón de dosis. Más específicamente, el 85% de los casos afectó a hombres, el 85% ocurrió dentro de los siete días de la vacunación (más comúnmente después de la segunda dosis), el 82% condujo a la hospitalización y el 6% a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

En otro estudio firmado por el franco-israelí Steve Ohana y la genetista británica Alexandra Henrion Caude; cito literalmente: "Mi nueva investigación con Alexandra revela un pico en el exceso de mortalidad entre los adultos jóvenes israelíes (de 20 a 49 años) en febrero-marzo de 2021. **Este pico coincide con el comienzo de la campaña de 'vacunación'** en Israel". Una explicación de este exceso de mortalidad causada por Covid-19 nos parece poco realista dada la inconsistencia observada desde febrero de 2021 entre las muertes por Covid y el exceso de mortalidad en adultos jóvenes. **Otros dos países que se han "vacunado" masivamente (Reino Unido y Hungría) están experimentando un fenómeno comparable, que no se observa en promedio en un grupo de 23 países europeos que han 'vacunado' de manera más moderada**. A nivel médico, fuentes recientes establecen el vínculo entre miocarditis y adultos jóvenes. Por otro lado, se observó un aumento del 20-30% en el paro cardíaco en adultos jóvenes israelíes en enero-mayo de 2021 (frente a 2019/2020). **Este cúmulo de observaciones debería conducir a nuestro juicio a frenar la campaña de "vacunación" mientras se aclara el origen del exceso de mortalidad de adultos jóvenes en países que han "vacunado" masivamente a su población contra el Covid-19**".

Un importante estudio de la Universidad de Oxford sobre los riesgos de miocarditis (inflamación del corazón) después de la "vacunación" ha descubierto que ***el riesgo en los hombres menores de 40 años es significativamente mayor que el del virus en sí***.

Los investigadores encontraron que si bien hubo siete eventos de miocarditis adicionales por millón en los 28 días posteriores a la infección por Covid-19 (intervalo de confianza (IC) del 95%: 2, 11), hubo 14 después de una segunda dosis de AstraZeneca (IC: 8,17), 12 después de una segunda dosis de Pfizer (IC: 1,7), 101 después de una segunda dosis de Moderna (IC: 95,104) y 13 después de una tercera dosis de Pfizer (IC: 7,15).

La mayoría de estas cifras representan ***una duplicación del riesgo en comparación con la infección***. Sin embargo, **la cifra de la segunda dosis de Moderna es 14.4 veces mayor**. La "vacuna" Moderna utiliza una tecnología de ARNm similar a la "vacuna" Pfizer, pero administra una dosis tres veces mayor, lo que puede explicar en parte la diferencia.

El estudio, que es una preimpresión, es una actualización de un estudio anterior publicado en Nature a principios de diciembre que utilizó datos hasta el 24 de agosto.

La actualización nos lleva hasta el 15 de noviembre, extiende el rango de edad a 13 años desde los 16 años, y también incluye resultados divididos por sexo y edad (en lugar de solo por sexo y edad por separado); el estudio original fue especialmente criticado por omitir este desglose , dando lugar a acusaciones de ocultar hallazgos importantes con fines políticos.

Los autores señalan: "Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la salud pública y la política de vacunación".

En particular, ***dado el bajo riesgo de Covid para los hombres menores de 40 años, el riesgo extremadamente elevado de miocarditis de la "vacuna" Moderna significa que debería suspenderse para su uso en hombres menores de 40 años con efecto inmediato***.

Por otro lado, los datos oficiales publicados por Public Health Scotland muestran que los incidentes cardiovasculares aumentaron significativamente en 2021 en comparación con el promedio de 2018-2019, y las personas de 15 a 44 años experimentaron el mayor aumento en casos como miocarditis, ataques cardíacos, paros cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

Los incidentes cardiovasculares incluyen cosas como trombosis venosa profunda, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, pericarditis/miocarditis y accidentes cerebrovasculares, entre muchas otras cosas. Pero todos son eventos que pueden causar daño al músculo cardíaco.

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares ya eran la principal causa de muerte en todo el mundo antes de la pandemia de Covid-19.

Es extremadamente preocupante descubrir que los incidentes cardiovasculares en Escocia se mantuvieron principalmente en línea con el promedio a lo largo de 2020; incluso cayendo por debajo del promedio durante varios meses, pero luego aumentó significativamente en 2021 tras el inicio de la campaña de "vacunación" contra la Covid-19.

Según Public Health Scotland, las llamadas semanales al 999 solicitando una ambulancia debido a un evento cardiovascular aumentaron significativamente en comparación con el promedio de 2018-2019 a fines de febrero de 2021. El mayor número de incidentes atendidos fue 1473 en la semana que terminó el 4 de julio, con el promedio histórico demostrado ser sólo 918 en la misma semana. Esto supone ***un*** aumento ***del 60.5% en los incidentes cardiovasculares atendidos***.

El hallazgo más preocupante dentro de los datos del PHS es que el aumento porcentual más alto en incidentes cardiovasculares atendidos durante los últimos dos años ocurrió entre personas de entre 15 y 44 años. Cuando miramos hacia atrás en 2020, encontramos que las personas de 15 a 44 años vieron la mayor caída en los incidentes cardiovasculares atendidos con una caída de -54.1 % en la semana que finalizó el 26 de abril de 2020, ¿entonces qué pasó en el 2021?

Estos dos gráficos (1) (2) tomados del informe de Vigilancia de Vacunas de UKHSA muestran la aceptación de la dosis 1 y la dosis 2 de la "vacuna" Covid-19 en Inglaterra por semana y grupo de edad.

Se han marcado dos líneas discontinuas en cada gráfico para la semana 27 y la semana 28, siendo la semana anterior la semana que terminó el 4 de julio, que vio el mayor aumento en los incidentes cardiovasculares atendidos en general, y la última semana, la semana que terminó el 12 de julio, que vio el mayor

aumento de incidentes cardiovasculares atendidos entre los 15 y los 44 años. Que cada uno saque sus propias conclusiones.

El PHS también confirma que los casos cardiovasculares semanales en los servicios fuera del horario de atención también aumentaron en comparación con el promedio histórico desde fines de junio de 2021, y aún parecen estar aumentando aún más en 2022. El mayor aumento se produjo en la semana que finalizó el 16 de enero de 22, con 325 casos cardiovasculares registrados contra un promedio histórico de 229.

El mayor aumento porcentual se registró entre las mujeres, con la semana que finalizó el 19 de diciembre del 21, con un aumento del 68.7% en los casos cardiovasculares que requirieron servicios fuera de horario. El mayor aumento porcentual entre los hombres se registró en un 57.7% en la semana que finalizó el 4 de julio del 21.

Una vez más, se encontró que ***el aumento más preocupante fue entre los jóvenes de 15 a 44 años*** que encabezaron la lista en el cambio porcentual contra el promedio histórico durante la segunda mitad de 2021.

La semana que finalizó el 11 de julio experimentó un aumento del 117.6% entre las personas de 15 a 55 años en casos cardiovasculares que requirieron servicios fuera de horario en comparación con el promedio de 2018-2019. Una tendencia que ha continuado hasta 2022 con la semana que finalizó el 23 de enero de 2022 con un aumento del 95.2 % en personas de 15 a 44 años que requirieron servicios fuera de horario debido a eventos cardiovasculares.

A su vez, los datos de Public Health Scotland ***confirman un gran aumento en los incidentes cardiovasculares tras la introducción de la "vacuna" antiCovid-19; especialmente entre las personas de 15 a 44 años, y una investigación de los datos oficiales muestran que las muertes cardiovasculares entre los futbolistas profesionales aumentaron un*** 300% ***en 2021 en comparación con el promedio anterior de 12 años***.

En relación a esto, los Servicios de Salud de Ontario en Canadá publicaron un informe sobre el número de personas hospitalizadas en la provincia con problemas cardíacos después de la "vacunación" con ARNm. Hasta el 7 de agosto del 21, había 106 casos de miocarditis o pericarditis diagnosticados en personas menores de 25 años en Ontario, poco más de la mitad de todos los casos. Se produjeron unos 31 casos en personas de 12 a 17 años y 75 en personas de 18 a 24 años. La mayoría de los casos, el 80%, se encontraron en hombres. ***Se informaron más casos de miocarditis o pericarditis después de la segunda dosis de una "vacuna" de ARNm que después de la primera, especialmente después de la "vacuna" Moderna***. La autoridad sanitaria recibió un total de 314 informes. Después de un examen, hubo más de 200 casos de este tipo. En Ontario, 202 personas con problemas cardíacos ingresaron en la sala de emergencias después de la "vacunación", y 146 de ellas tuvieron que ser hospitalizadas. Tres de ellos incluso terminaron en cuidados intensivos.

De igual forma, los investigadores de los CDC han admitido algo que ya sabíamos porque se había demostrado, que ***es más probable que se notifiquen menos eventos adversos al VAERS que sobrenotificarse***. Teniendo esto consideración, observamos una gran señal de alarma al constatar que ***los datos preliminares de la base de datos federal del Sistema de Informes de Eventos Adversos a las Vacunas*** (VAERS, por sus siglas en inglés) ***correspondientes solo a los dos primeros meses de 2022*** sugieren ***un aumento alarmante en los problemas cardíacos derivados de las "vacunas" contra la Covid-19***.

El 11 de marzo, el editor senior de The Blaze, Daniel Horowitz, destacó el hecho de que ***11 289 casos de pericarditis/miocarditis después de la "vacunación" contra la Covid fueron*** reportados ***a VAERS entre el 1 de enero y el 25 de febrero de este año, lo que ya es el 47% de los 24 177 reportes por los mismos presentados en todo el 2021***.

Los defensores de las "vacuna" afirman que VAERS ofrece una visión exagerada de los riesgos potenciales de una vacuna, ya que cualquiera puede presentar un informe sin examinarlo. Sin embargo, Horowitz señaló que los investigadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de EE. UU. han reconocido una ***alta tasa de verificación de informes de miocarditis al VAERS después de la "vacunación" contra la Covid-19 basada en ARNm***, lo que lleva a la conclusión de que "es más probable que no se notifique lo suficiente que informar en exceso".

Además, recordemos que entre otras publicaciones, un informe de 2010 presentado a la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) advirtió que ***VAERS detectó "menos del 1% de los eventos adversos de la vacuna***". Sobre el problema de la subnotificación, el sitio web de VAERS solo ofrece que "los eventos médicos más graves e inesperados probablemente sean más notificados que los menores".

Profundizando un poco más, según los datos que rastrean las visitas a la sala de emergencias en Alemania, a principios de mayo del 21, **hubo un aumento significativo de las admisiones por motivos cardiovasculares; con la mayoría de las semanas por encima del 50% en comparación con los últimos años, este fenómeno ha continuado durante los últimos meses**.

No está claro cuál es el responsable de estas visitas adicionales por motivos cardiovasculares. Sin embargo, ***puede ser una señal de advertencia temprana de una respuesta adversa más generalizada a la "vacuna" Covid***. ***Aproximadamente al mismo tiempo que la campaña de vacunación de Alemania se abrió a los más jóvenes y tuvo un aumento significativo de las "vacunaciones" diarias, comenzó el aumento de las admisiones a la sala de emergencias por razones cardiovasculares***.

Se han observado datos similares en un informe que analiza las respuestas de las ambulancias en Inglaterra. ***El aumento en las llamadas de 'paro cardíaco o***

respiratorio' comenzó, y se ha mantenido en un nivel elevado, desde finales de junio, cuando se abrió la campaña de "vacunación" Covid a los adultos más jóvenes. De igual forma, el Servicio Nacional de Salud ha confirmado en respuesta a una solicitud de libertad de información presentada el 25 de abril del 22, que ***las llamadas de ambulancia relacionadas con la atención inmediata requerida por una afección debilitante que afecta al corazón casi se duplicaron en todo 2021 y siguen aumentando en 2022. Pero el las cifras publicadas más preocupantes muestran que también se han duplicado entre las personas menores de 30 años***. Lo que se preguntó en la solicitud, fue lo siguiente:

"¿Puede decirme, según la Ley de Libertad de Información, la cantidad de llamadas para pacientes con afecciones cardíacas por año, entre el 1 de enero de 2017 y la actualidad?

¿La cantidad de llamadas de pacientes con accidentes cerebrovasculares por año, entre el 1 de enero de 2017 y la actualidad?

Si es posible, ¿puede darme también el número total de los pacientes anteriores que tenían menos de 30 años? ¿Puede darme las estadísticas mensuales de cada año, por favor?"

La siguiente tabla es la proporcionada por el NHS para la cantidad total de llamadas de ambulancia por afecciones cardíacas por mes y año. El siguiente gráfico visualiza los datos en la tabla anterior.

La siguiente tabla es la proporcionada por el NHS para la cantidad de llamadas de ambulancia por afecciones cardíacas entre personas menores de 30 años por mes y año. El siguiente gráfico visualiza los datos en la tabla anterior.

Como podemos observar en los dos gráficos anteriores, ***las llamadas de ambulancia por condiciones altas han sido más altas en general desde enero de 2021 y han aumentado mes a mes***. Sin embargo, ***no fue hasta abril de 2021 que vimos un aumento significativo entre las personas menores de 30 años, y nuevamente ha aumentado mes a mes desde entonces***.

El siguiente gráfico muestra las llamadas totales generales por año para todos y aquellos de 0 a 29 años. El promedio de convocatorias anuales entre 2017 y 2020 asciende a 24 463. Lo que significa que ***el número de llamadas aumentó un 48% en 2021***. El número medio de llamadas anuales ***entre los menores de 30 años*** entre 2017 y 2020 equivale a 3940. Lo que significa que ***el número de llamadas aumentó en un 82% en 2021***.

El siguiente gráfico muestra el promedio mensual de llamadas de ambulancia por condiciones relacionadas con el corazón por año. Hubo ***un aumento significativo en 2021 entre todos los grupos de edad y, lamentablemente, las cosas empeoraron aún más en los primeros meses de 2022***.

¿Por qué?

Realmente ***no necesitamos mirar más allá de la cantidad de casos de*** miocarditis ***causados por la "vacuna" Covid-19***. Como hemos visto, la miocarditis es una condición que causa la inflamación del músculo cardíaco y reduce la capacidad del corazón para bombear sangre y puede causar ritmos cardíacos rápidos o anormales.

Eventualmente, la miocarditis debilita el corazón de modo que el resto del cuerpo no recibe suficiente sangre. Luego se pueden formar coágulos en el corazón, lo que puede provocar un derrame cerebral o un ataque al corazón. Otras complicaciones de la afección incluyen muerte cardíaca súbita. No existe ***una versión leve de la miocarditis***, ***es extremadamente grave*** debido a que el músculo cardíaco es incapaz de regenerarse. Por lo tanto, ***una vez que el daño está*** hecho, ***no se puede dar marcha atrás al reloj***.

El siguiente gráfico muestra los informes de miocarditis al Sistema de Informes de Eventos Adversos a las Vacunas de los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos por año. ***El daño cardíaco es*** omnipresente ***en toda la población "vacunada" y el daño se diagnostica de múltiples maneras. Las tasas de insuficiencia cardíaca aguda ahora son*** 475 veces ***mayores que la tasa de referencia normal en VAERS. Las tasas de taquicardia son*** 7973 veces ***la tasa de referencia. El infarto agudo de miocardio es*** 412 veces ***la tasa de referencia. Las tasas de hemorragia interna, trombosis de las arterias periféricas y oclusión de las arterias coronarias superan en*** 300 veces ***la tasa inicial***.

Se suponía que la "vacunación" contra la Covid-19 aliviaría la presión sobre el NHS, no que aplicaría más.

Si atendemos a lo que nos dicen los expertos de verdad:

Encontramos científicos y médicos como: Roxana Bruno, Karina Acevedo, Peter McCullough, Natalia Prego, Byram Bridle, María José Martínez Albarracín, Mike Yeadon, Manuel Aparicio, Ángel Ruiz-Vadelpeñas y otros, que llevan mucho tiempo alertando sobre los efectos negativos que puede producir la proteína Spike de las "vacunas" de ARNm y las vectorizadas. Un creciente número de estudios científicos ha mostrado in vitro e in vivo, con modelos animales, las acciones que desencadena la administración de Spike (tanto la proteína completa que contienen las "vacunas", como subunidades de ésta) y han encontrado que ***inducen desregulación mitocondrial y muerte celular del endotelio y que afectan el eje renina angiotensina al inhibir la expresión de ACE2, lo que incrementa la tensión arterial***. Muchos han alertado sobre lo que esto ***podría ocasionar a nivel del sistema circulatorio, incluyendo la formación de micro trombos, miocarditis aguda e infartos cardíacos***.

Cualquier mención al respecto ha sido ridiculizada, minimizada y censurada en los medios y en la narrariva oficial, a pesar del número inaudito de muertes repentinas de adultos y jóvenes, y casos de miocarditis en jóvenes.

El asunto es que por más que se deseé tapar, lo verdadero se resiste a ser silenciado. La evidencia es tal que ya el 7 de noviembre del 21, el Wall Street Journal sacó una nota que habla de esto. Parecía que finalmente los 'investigadores y médicos' habían decidido estudiar el por qué había tantos casos de miocarditis aguda post "vacunación". ¡Hasta contemplaban la posibilidad de que fuera la Spike "vacunal"!

A lo mejor podrían haber contactado con esos investigadores que menciono más arriba (y las agencias de Estados Unidos que en la nota indicaban que estaban consternadas). Podrían haber acortartado el camino y el tiempo para llegar a aceptar lo que ya se sabe desde hace muchos meses, y tal vez, tendrían que preguntarse esas mismas agencias por qué ha autorizado la inoculación de todas las personas mayores de 6 meses.

Entre esos científicos y médicos está la Dra. Linda Wastila, quien ha hablado sobre lo que nos ocupa: ¿Por qué aceptamos la miocarditis como un efecto secundario aceptable de las "vacunas" Covid? La hizo en la mesa redonda del senador Ron Johnson celebrada en Washington DC, donde médicos, científicos y víctimas de lesiones por la "vacuna" Covid-19 se reunieron para discutir los mandatos de la "vacuna" Covid-19. La grabación completa de este evento tiene una duración de más de 3.5 horas. Una de las presentaciones más poderosas fue la de la Dra. Linda Wastila, profesora de doctorado y directora del Departamento de Investigación de Servicios de Salud Farmacéutica de la Universidad de Maryland.

En su presentación inicial la Dra. Wastila declaró:

Somos ciudadanos que hemos cumplido con nuestro deber cívico, pero cuando sufrimos efectos adversos graves, la FDA, los CDC, los NIH y los profesionales médicos nos dejan 'drogados y secos'. Somos científicos alarmados por el ambiente tóxico en la academia y la publicación científica. Somos líderes militares preocupados por la seguridad de las vacunas en las fuerzas armadas. Somos médicos que queremos tratar a los pacientes afectados por las vacunas, pero cuyas prácticas están limitadas por nuestros empleadores y juntas profesionales. Y somos abogados y defensores de pacientes que buscan ayuda para nuestros clientes lesionados y sus familias. Somos las personas de las que no has tenido noticias. Y no tenemos nada, absolutamente nada que ganar personalmente con estar aquí. De hecho, tenemos todo que perder, incluidos nuestros trabajos, nuestros títulos, nuestros medios de vida. Pero no tenemos la intención de irnos hasta que veamos algún cambio real.

Más adelante en la reunión, la Dra. Wastila dio otra presentación sobre el VAERS (Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas) y la "ciencia de la seguridad de las vacunas". Es muy crítica con los CDC por afirmar sin luggar a dudas que las vacunas Covid-19 son seguras. La declaración que todo el mundo ha escuchado muchas veces de boca de la directora de los CDC, Rochelle Walensky, y que está impresa de manera fraudulenta en el sitio web de los CDC, es: "Millones de personas en los Estados Unidos han recibido "vacunas" Covid-19 bajo el control de seguridad más intenso en la historia de los Estados Unidos".

La Dra. Wastila afirma: “La impresión es que el sistema está tan finamente afinado que incluso se encontrará la aguja más rara en el pajar. Pero me temo que ese no es el caso”.

La razón por la que el Senadora Johnson invitó a la Dra. Wastila es porque los medicamentos y la seguridad de los medicamentos es su área de especialización. Ella afirma que el proceso para determinar si hay problemas que deben abordarse en función de los efectos secundarios informados en el VAERS es un proceso muy lento, y utiliza la miocarditis como ejemplo:

“Pasaron cuatro meses en la campaña nacional de vacunas de Israel para reconocer este efecto secundario. Eso es además del hecho de que la miocarditis generalmente ataca a los pocos días de la administración, particularmente la segunda dosis. Entonces, los funcionarios experimentaron este efecto secundario durante meses antes de que los funcionarios reconocieran que la “vacuna” era la causa. Este retraso en la detección, investigación y reconocimiento de los efectos secundarios es normal. Y es devastador. Los pacientes de esta reunión de hoy conocen esa devastación de primera mano. Pero también es devastador porque, a menos que primero reconozca los daños poco después de que ocurran, no puede usar ese conocimiento en la próxima persona que esté a punto de recibir la “vacuna”. Me sorprende cuando escucho a la gente descartar la miocarditis como un efecto secundario aceptable, especialmente para los jóvenes. Porque ***la miocarditis pone en peligro la vida y es una afección que la incapacita”***. Los CDC admiten que la miocarditis es causada por las “vacunas” Covid-19, pero la descartan como rara.

¿**Por qué seguimos inyectando estas “vacunas” a los niños? ¿Bajo qué posible lógica o ética son aceptables 1784 informes de miocarditis o pericarditis entre personas menores de 30 años**?

Hay muchos más informes de miocarditis o pericarditis después de las inyecciones de Covid-19 que después de TODAS las “vacunas” durante los últimos 30 años registrados en VAERS. Y ***sabemos que esto es solo una fracción de los casos reales porque en el VAERS apenas se informa un 1% de los casos reales, y muchos de estos casos ya han provocado muertes***.

De igual forma, a finales de septiembre del 21, utilizando datos de ONS, la Dra. Craig destacó que el exceso de muertes en el Reino Unido durante la semana que finalizó el 10 de septiembre de 2021 mostraba **un aumento alarmante en la mortalidad por enfermedades cardíacas**. Específicamente, hubo:

- 24%, muertes por insuficiencia cardíaca que el valor inicial.
- 19%, cardiopatía isquémica.
- 16%, enfermedad cerebrovascular (accidentes cerebrovasculares).
- 18%, otras enfermedades circulatorias.

¿Por qué está pasando esto? ella preguntó. El bloguero y analista político Mike Whitney proporcionó algunas respuestas inquietantes. *"**Las 'vacunas' son un ataque a la infraestructura crítica del cuerpo, el sistema vascular y, en particular, el fino tapiz de células que recubren las paredes de los vasos sanguíneos**"*, dice Whitney. "Las 'vacunas' desencadenan hemorragias, coágulos de sangre y enfermedades autoinmunes".

Y, en caso de que alguien contrarreste la idea de que la mayoría de las personas no sufren problemas cardíacos después de sus inyecciones, Whitney responde: "Es probable que el impacto sea igual de devastador a largo plazo, cuando los anticuerpos se adhieran a los proteínas de pico. Al producir células endoteliales en las paredes de los vasos después de la administración de la 'vacuna', se puede esperar que las proteínas del complemento activadas se adhieran a las células endoteliales y perforen sus membranas celulares y crearán un síndrome de lesión microvascular catastrófico mediado por la activación del complemento".

Resumiendo, dice que esto significa que "**la 'vacuna' crea una situación en la que su cuerpo ataca brutalmente su propio sistema circulatorio generando coágulos de sangre y vasos sanguíneos con fugas**. ¿Crees que puedes vivir con un sistema vascular dañado? ¿Crees que disfrutarás de una vida larga y feliz con un sistema inmunológico que está programado para atacar y matar las células sanas que ahora producen la "proteína pico" patógena? Si es así, entonces por cuánto tiempo; ¿Cuánto tiempo crees que puedes sobrevivir a ese tipo de guerra interna? ¿2 años? ¿5 años? ¿10 años?"

En otras palabras, aquellos que se han inoculado y no han informado ningún evento adverso, solo tienen que esperar una cuestión de tiempo y luego también los afectará.

Veamos ahora una buena presentación sobre los ***devastadores riesgos para la salud de los sueros experimentales***. Las declaraciones de la Dra. Eads están cuidadosamente formuladas y explicadas.

Dice que ***las inyecciones antiCovid y los protocolos de los CDC ya han matado a 500 000 personas***.

***"Covid en sí no existe**, **pero el diagnóstico erróneo de Covid y la inyección subsiguiente y los protocolos de los CDC están matando en masa**".*

La HCQ, la ivermectina, la vitamina D, etc; tratan eficazmente a los pacientes que presentan dolencias mal diagnosticadas como Covid.

*"**Los pinchazos, en sí mismos son armas biológicas ya que reducen progresivamente la inmunidad**. **El primero en aproximadamente un 30%, y los pinchazos posteriores aún más**".*

*"**Los mandatos y protocolos de Covid de los gobiernos, no tienen que ver con salvar a las personas (especialmente las ancianas y frágiles), sino con matarlas**".*

"Siempre recordaré este agosto, como el verano que cambio mi vida. Después de 31 días dejo atrás el hospital y muchas cosas más que se quedan ahí. Salgo con más ganas de vivir que nunca, y con un marcapasos. La 'vacuna' contra la Covid, me provocó una miocarditis que afectó a la conducción eléctrica de mi corazón. Aunque mejoré con los días, no lo suficiente para hacer una vida normal". Es el testimonio de una joven que ha publicado en su cuenta de Instagram todo lo que padeció tras ser inoculada con la "vacuna" contra la Covid-19. Ha tenido que tener una intervención quirúrgica por la gravedad de los efectos adversos que padeció.

Otro de aquellos científicos y médicos que han hablado, es el el Dr. Peter McCullough que es un internista, cardiólogo y epidemiólogo de renombre mundial que lleva tiempo advirtiendo sobre los riesgos de problemas cardiovasculares después de recibir las "vacunas" de ARNm antiCovid-19.

A pesar de que las personas responsables de la toma de decisiones sobre la atención médica y los medios casi no tocan el tema, ***es cierto que la miocarditis y otros problemas cardíacos son efectos secundarios de estas "vacunas"***. En este podcast, el Dr. McCullough describe qué buscar en los pacientes que desarrollan problemas después de recibir las "vacunas" y por qué es importante conocer los riesgos antes de recibirlas.

Además, en las personas que aún así deciden "vacunarse", "el enfoque inmediato a corto plazo sería evaluar de manera sistemática a los atletas en busca de miocarditis por medio de análisis de sangre con troponina cardíaca, ECG y ecocardiografía. ***Si no se implementa ninguna medida de seguridad, es probable que la "vacunación" continua de los atletas cause algunos daños, incluyendo la muerte cardíaca súbita***", como por otro lado, ya hemos comprobado (ver esto).

Los médicos y los funcionarios de salud no están interesados en medir las reacciones del corazón después de la "vacunación" antiCovid. Aún así, podemos imaginar que ***si se hiciera rápidamente un estudio midiendo la*** variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), ***veríamos cómo se desarrolla el desastre de la "vacuna" cuando calculamos el tiempo de cada latido del corazón. El corazón es súper sensible y vulnerable a cualquier evento adverso, pero hay poco o ningún interés en observar cuidadosamente lo que está sucediendo***.

La VFC es un fenómeno científicamente investigado que mide la variabilidad en la porción R de la onda QRST de un latido cardíaco regular. Con el tiempo, incluso con un latido normal, existe una variabilidad entre los latidos. ***Cuanta más variabilidad, más sano es el corazón. Cuanto mayor sea la variabilidad de la frecuencia cardíaca, mayores serán las reservas potenciales del cuerpo para adaptarse***. ***La VFC y la actividad del nervio vago son útiles como medidas de inflamación a largo plazo en enfermedades crónicas. Nuestro corazón no miente, no cuando miras lo que dice latido a latido (VFC)***.

Según Steve Kirsch, que investiga los efectos secundarios de las "vacunas" antiCovid, aunque los CDC y otras agencias sanitarias afirman que los casos de miocarditis y pericarditis a causa de las vacunas antiCovid son "muy raros", las estadísticas demuestran todo lo contrario.

Kirsch es un ingeniero jubilado que no tiene ningún conflicto de intereses en este tema, por lo que su único objetivo es descubrir la verdad, y la verdad es que las tasas de miocarditis relacionada con la "vacuna" antiCovid en niños superan por mucho (hasta 100 veces) la cifra oficial (1 de cada 13 000).

Incluso antes de los hallazgos de Kirsch, las cifras de los CDC indicaban que las tasas eran 41 veces mayores, pero ahora, ***las tasas de una escuela en California demuestran que en realidad podría tratarse de 1 de cada 95 niños***.

Esta cifra es muy alarmante, ya que ***están sacrificando a los niños solo para promover una "vacuna" y las vidas de estos niños estarán en peligro a menos que alguien haga algo al respecto***, dijo Kirsch. Y según él, esa es la razón por la que quiere que todo el mundo conozca la verdad, aunque sabe que los CDC tratarán de censurarlo.

En su último blog, habla al detalle sobre todas estas verdades, que incluyen el hecho de que los CDC mienten en su comparación entre las tasas de miocarditis inducida por las "vacunas" y las tasas de miocarditis inducida por la Covid.

Por otro lado, si cree que recibir la "vacuna" antiCovid fue un error y desea disminuir su riesgo de complicaciones cardíacas, el Dr. Mercola hace unas recomendaciones para implementar unas estrategias básicas:

- Asegúrese de medir su nivel de vitamina D y tomar un suplemento (la mayoría de los adultos suelen necesitar 8000 unidades/día) o bien, practicar la explosión sensible al sol con el fin de garantizar que su nivel sea de 60 a 80 ng/ml (100 a 150 nmol/l).

- Elimine todos los aceites vegetales (semillas) de su alimentación, lo que implica evitar casi todos los alimentos procesados y la mayoría de las comidas de restaurantes, a menos que tenga la certeza que el chef solo utilizará mantequilla para cocinar. Evite las salsas o aderezos para ensaladas en los restaurantes, ya que contienen aceites de semillas. También evite los productos de pollo y cerdo porque tienen un alto contenido de ácido linoleico, la mayoría de las personas tienen niveles elevados de grasas omega-6, lo que promueve el estrés oxidativo que causa enfermedades cardíacas.

- Considere tomar alrededor de 500 mg de NAC al día, ya que ayuda a prevenir los coágulos de sangre y es un precursor para que su cuerpo produzca glutatión, que es un antioxidante muy poderoso.

- Considere tomar enzimas fibrinolíticas que digieren la fibrina que produce coágulos sanguíneos, derrames cerebrales y embolias pulmonares. La dosis

suele ser dos, dos veces al día, pero debe tomarse con el estómago vacío, una o dos horas antes de una comida. De lo contrario, las enzimas digerirán su comida y no la fibrina en el coágulo de sangre.

Como hemos comprobado, la lista de eventos adversos de las "vacunas" no tiene fin, ni por el número de ellos, ni por la variedad; mientras, los prospectos de éstas, son papeles en blanco. Las consecuencias de las mal llamadas "vacunas", así como otros aspectos del discurso oficial, han sido denunciados públicamente, incluso, en parlamentos de diferentes países o por algún diputado fuera del parlamento, como es el caso Dña. Luz Belinda Rodríguez (diputada del parlamento andaluz) o en medios de comunicación. El **Primer Ministro australiano**: "Es culpa de cada cual, si muere a causa de la vacuna, porque **es su obligación obtener la** aprobación **por escrito de su médico de cabecera, antes de 'vacunarse'**".

¿Qué pensarán las familias que hayan perdido a un ser querido de forma repentina, cuando lean el titular de un medio oficial, como es 'Redacción Médica', diciendo que: "El 87% de los casos de miocarditis aparecen tras la segunda 'vacuna' Covid"?

Vamos a ver algunos extractos de la publicación:

"***Las inoculaciones de ARN mensajero provocan esta patología en casi el 100% de los casos estudiados***".

"***Esto refuerza la teoría de que las 'vacunas' de ARN mensajero (ARNm) causan mayor inflamación del corazón que el resto***".

"Se desconoce el mecanismo de la miocarditis inducida por la 'vacuna', pero puede estar relacionado con el ***componente patógeno activo*** de la vacuna y proteínas humanas específicas, lo que podría crear una reactividad cruzada inmunitaria que daría lugar a una enfermedad autoinmunitaria, que es una de las causas de la miocarditis"

"***Debe sopesarse la probabilidad de aparición de miocarditis frente al beneficio sustancial de la "vacunación". Además, se requiere más investigación para evaluar las consecuencias a largo plazo y otros factores de riesgo después de la inmunización con dichas inoculaciones***".

"Los autores de esta revisión consideran que ***se debería evaluar la condición cardiaca de los individuos antes de recibir la "vacuna' contra la Covid-19***".

SADS (Síndrome de la Muerte Adulta Repentina)

El SADS (Síndrome de la Muerte Adulta Repentina), se trata literalmente de ***casos de muerte de adultos jóvenes que no tenían problemas clínicos y que, repentinamente, ocurren sin previo aviso***.

De buenas a primeras, resulta que este síndrome está "desconcertando" a los médicos. Al igual que les desconcertaron y sorprendieron los casos de hepatitis inflamatoria en niños, ahora el "misterio" es SADS. Vamos a darles algunas pistas para que estos médicos no permanezcan "desconcertados" por más tiempo; hay pruebas sólidas de que la culpa puede ser de la "vacuna" contra la Covid-19:

Los datos oficiales de la Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido muestran que ***los adultos "vacunados" de 18 a 39 años tienen una tasa de mortalidad 92% más alta (por 100 000) que los adultos no "vacunados"***.

Los datos oficiales de Public Health Scotland revelan que ***ha habido un aumento del 67% en comparación con el promedio histórico en el número de personas de 15 a 44 años que sufren ataques cardíacos, paro cardíaco, miocarditis, accidente cerebrovascular y otras enfermedades cardiovasculares desde que este grupo de edad fue el primero ofreció la inyección antiCovid-19***.

Y las cifras publicadas por NHS England en respuesta a una solicitud de libertad de información muestran que ***las llamadas de ambulancia por enfermedades cardíacas se han duplicado entre todos los grupos de edad, incluidos los menores de 30 años, desde el comienzo de la campaña de "vacunación" contra la Covid-19***.

En relación a esto, los médicos en Australia han iniciado un registro para realizar un seguimiento de estos casos. Son uno de los pocos países del mundo que rastreará los datos de las ambulancias para las muertes que los médicos no suelen ver.

"***La mayoría de estos eventos SADS, el 90%, ocurren fuera del hospital, la persona no lo logra llegar***, por lo que en realidad es el personal de la ambulancia y los forenses los que atienden a la mayor parte de estos pacientes", dijo la cardióloga Elizabeth Paratz. "Creo que incluso los médicos lo subestiman. Solo vemos al 10% que sobrevive y llega al hospital. Nosotros solo vemos la punta del iceberg", añadió.

En Australia, que resulta ser uno de los países más "vacunados" del planeta, donde se considera que más del 95% de los mayores de 16 años están "totalmente vacunados", los médicos ahora instan a las personas menores de 40 años a que se revisen el corazón debido a su riesgo de morir repentinamente sin previo aviso. Y no tienen ni idea de "por qué".

En su país, ***la mortalidad por todas las causas aumentó más de un 20% en el último año***. "En 2022, hubo 29 685 muertes ocurridas hasta el 28 de febrero, ***un 20.5% más que el promedio histórico***", según el informe del gobierno. Las muertes por Covid no explican el aumento, pero nadie tiene respuestas. De hecho, nadie parece siquiera cuestionar por qué.

Para los médicos que se preocupan por su estatus público, incluso considerar la idea de que una inyección experimental desarrollada por un gigante farmacéutico

reincidente en sus “problemas de seguridad” como Pfizer con su historial de ocultar datos condenatorios, podría desempeñar un papel en algunas de las misteriosas muertes es impensable. Como un Sumo Sacerdote cuestionando el dogma del Santo Grial de la Nueva Religión de la Ciencia. No cuestionas a los líderes de culto o su mensaje central.

Algunos parecen sugerir que estas “misteriosas” muertes de personas jóvenes y saludables siempre han ocurrido, y simplemente no nos hemos dado cuenta, para ellos es algo habitual. Entonces, según ellos, es normal que niños como esta niña canadiense de 12 años o esta chica de 18 años mueran mientras duermen, como sucedió recientemente. Es normal que los niños de 13 años caigan muertos en un campamento de verano, y que los adolescentes se derrumben en el atletismo, y que los jóvenes granjeros mueran mientras aran su campo, y que los jóvenes infantes de marina mueran mientras están de permiso, y que las jóvenes madres de niños no se despierten, y que los jóvenes los atletas mueran de la inflamación del corazón en silencio sin previo aviso.

Veamos si realmente son tan habituales:

¿Este síndrome era realmente algo que se veía antes del 2021/2022?

Una búsqueda en PubMed usando la siguiente cadena de búsqueda, muestra 11 publicaciones. Sí, once. Desde 1995 hasta el 2022. Si hacemos la búsqueda incluyendo el término mercadotécnico “SADS”, entonces solo hay cinco.

La respuesta a la pregunta, es no, no era algo habitual antes de empezar a inocularse los sueros experimentales. Para ser algo que algunos dicen que “ya se conocía desde hace tiempo”, no parece ser algo que, al menos a la comunidad científica y médica, le haya interesado estudiar.

También podemos hablar de las “asombrosas” muertes en los deportes profesionales en estos días. En abril, One News Network informó que entre marzo de 2021 y marzo de 2022, 769 atletas colapsaron en el campo durante la competición, algunos murieron y otros fueron llevados al hospital. ***Las muertes cardiovasculares catalogadas por la FIFA, el organismo rector internacional del fútbol, por sí solas,*** cuadruplicaron ***el promedio desde 2009 el año pasado***, como muestra el gráfico de The Exposé. Aunque lo pinten como una coincidencia, sucedió ***después de que se implementaron las inyecciones experimentales de ARNm que se ha demostrado que están relacionadas con la inflamación del corazón y fueron*** obligatorias ***en la mayoría de los países para la participación deportiva***.

Como sabemos (ver apartados: “Problemas cardiacos” y “Problemas cardíacos en jóvenes” del presente informe), las “nuevas” inyecciones de ARNm contra Covid están relacionadas con la miocarditis y la pericarditis, la inflamación del músculo cardíaco y el saco protector que contiene el corazón, respectivamente. Y que los hombres jóvenes son especialmente vulnerables, aunque puede afectar a cualquiera.

A pesar de la repentina minimización de la gravedad de estas dolorosas condiciones por parte de los funcionarios de salud pública, la inflamación del corazón es grave. Debilita el músculo cardíaco y estrangula el flujo de sangre al resto del cuerpo. Puede provocar accidentes cerebrovasculares por coagulación y ataques cardíacos y muerte cardíaca súbita. Provoca cicatrización del tejido cardíaco que no se puede regenerar.

Según un estudio científico realizado por la 'División de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario de Lausana, Lausana, Suiza, que se publicó en 2006, entre los años 1966 y 2004 hubo 1101 muertes súbitas entre atletas menores de 35 años.

Ahora tenemos una lista completa de atletas que colapsaron y/o murieron desde enero de 2021, un mes después de que se administró la primera inyección antiCovid-19 al público en general, hasta finales de abril del 22.

El siguiente gráfico muestra el número de colapsos y muertes de atletas registrados entre enero de 2021 y abril de 2022, cortesía de la lista anterior.

En total, entre el 21 de enero del 21 y el 22 de abril del 22, según The Exposed en el Reino Unido, se sabe que murieron un total de 673 atletas. Sin embargo, este número podría ser mucho mayor. Eso es 428 menos que el número que murió entre 1966 y 2004. Sin embargo, ***la diferencia aquí es que las 1101 muertes ocurrieron durante 39 años, mientras que 673 muertes recientes ocurrieron durante 16 meses***.

El número promedio anual de muertes entre 1966 y 2004 equivale a 28. En enero de 2022 se registraron 3 veces más muertes de atletas que en el promedio anual anterior, al igual que en marzo de 2022. Por lo tanto, esto obviamente es un gran indicativo de un problema.

El total de 2021 equivale a 394 muertes, 14 veces más que el promedio anual de 1966 a 2004. ***El total de enero a abril de 2022, un período de 4 meses, equivale a 279 muertes, 9.96 veces más que el promedio anual entre 1966 y 2004***.

Si dividimos el promedio anual de 66 a 04 por 3 para que sea equivalente a los 4 meses de muertes en lo que va de 2022, obtenemos 9.3 muertes. Entonces, en efecto, ***hasta ahora 2022 ha visto muertes 10 veces más altas que la tasa esperada***.

El siguiente gráfico muestra el promedio mensual de muertes de atletas registradas. Entre 1966 y 2004, el promedio mensual de muertes es de 2.35. Pero entre enero de 2021 y abril de 2022, la media mensual es de 42. ***Esto supone un aumento del 1696% y la tendencia actual para 2022 muestra que esto podría aumentar a 4120%***.

La explicación puede ser la siguiente:

Un estudio de 566 pacientes que recibieron las “vacunas” Pfizer o Moderna muestra que ***los signos de daño cardiovascular se* dispararon *después de la segunda inyección***. ***El* riesgo *de ataques cardíacos u otros problemas coronarios graves se duplicó con creces meses después de que se administraron las “vacunas”,* según *los cambios en los marcadores de inflamación y daño celular***.

Los pacientes tenían un riesgo de* 1 de cada 4 *de tener problemas graves después de las vacunas, en comparación con* 1 de cada 9 *antes. ***Su riesgo de ataque cardíaco a 5 años pasó del 11% al 25% gracias a las “vacunas” (es decir, un aumento del* 227%*)***.

De igual forma, una serie de casos del Seattle Children’s Hospital publicada en abril analizó 16 casos de niños, de 12 a 17 años, de tres a ocho meses después de que desarrollaron miocarditis después de las “vacunas” de ARNm contra Covid-19. ***En todos los casos***, aunque los niños mejoraron clínicamente, ***continuaron*** mostrando ***anomalías cardíacas en la imagen de resonancia magnética y sus marcadores de inflamación cardíaca permanecieron elevados***. Los investigadores no estaban seguros de qué significaba esto para la salud de su corazón a largo plazo. Simplemente no lo saben. Pero no es una buena señal.

También en un estudio reciente de otro de los países más “vacunados” del mundo, analizó los datos de los Servicios Médicos de Emergencia Nacional (EMS) de Israel de 2019 a 2021, y específicamente las llamadas al servicio de emergencia por paro cardíaco y síndrome coronario agudo en 16 a 39 años de edad. Detectó ***un aumento del 25% en las llamadas entre enero y mayo de 2021, en comparación con los años 2019 y 2020***.

Las llamadas de emergencia por problemas cardíacos en los jóvenes se* asociaron significativamente *con las tasas de la primera y la segunda dosis de “vacunas” administradas a este grupo de edad, pero* no se asociaron *con las tasas de infección por Covid-19. Sus hallazgos “***plantean preocupaciones sobre los efectos secundarios cardiovasculares graves no detectados inducidos por la vacuna y subrayan la relación causal ya establecida entre las vacunas y la miocarditis, una causa frecuente de paro cardíaco inesperado en personas jóvenes***”, concluyeron.

Si analizamos las bases de datos oficiales, por ejemplo VAERS, el siguiente gráfico muestra los informes de miocarditis reportados en Estados Unidos por año. ***El*** daño cardíaco ***es*** omnipresente ***en toda la población “vacunada” y el daño se diagnostica de múltiples maneras***. ***Las tasas de insuficiencia cardíaca aguda ahora son* 475 veces *mayores que la tasa de referencia normal en VAERS***. Las tasas de taquicardia son 7973 veces la tasa de referencia***. El infarto agudo de miocardio es* 412 veces *la tasa de referencia. Las tasas de hemorragia interna, trombosis de las arterias periféricas y oclusión de las arterias coronarias superan en* 300 veces *la tasa inicial***.

Cualquier epidemiólogo, aunque sea de medio pelo, cuando se enfrenta a un evento de relevancia poblacional y que no tiene aún identificado al agente causal,

necesita cuestionarse '¿qué cosas son distintas a antes de que ocurrieran los casos?'. Es algo básico. Por ejemplo, si en una ciudad "X" no ha habido un solo caso de salmonelosis en los últimos 40 años, y de pronto se registra un brote de casos diagnosticados como salmonelosis, y todo lo que se puede observar y medir está igual (el clima, la humedad, los sistemas de saneamiento de agua, etc.) pero resulta que por la escasez de agua se comenzó a regar con aguas negras a la verdura que consume la gente de esa ciudad, tenemos forzosamente que mirar a ver ese evento 'diferente' para determinar si puede ser la causa. Tal vez no lo sea pero si escuchas galopar, piensa en caballos, no en cebras. Entonces, pensemos. ¿Qué cambió en 2021 y 2022 que pudiera estar asociado con esas muertes súbitas de adultos sanos? ¿El clima? ¿El nivel de estrés? Tibio, tibio… ¿Productos experimentales que están usando para inocular repetidamente a la población? Bingo. ***Al menos*** tenemos ***que analizar ese evento y comenzar a estudiar su relevancia***. No hacerlo no es solamente señal de ser un pésimo epidemiólogo y un mediocre científico. Es amoral.

Resulta que entre las 11 publicaciones extraidas de Pubmed y mencionadas anteriormente, hay una joya. Hace nueve años, Wang y colaboradores publicaron un estudio epidemiológico retrospectivo en la revista PloS One. En este estudio, los autores parten de la premisa de que "***es crítico distinguir cuáles son los eventos que están asociados temporalmente con (pero no ocasionados por) la vacunación, de aquellos que sí son ocasionados por la vacunación***". Para ello, hicieron una búsqueda de la literatura de Pubmed y bases de datos científicos de China. Calcularon los eventos de enfermedad (síndrome de Guillain-Barré, anafilaxia, eventos epilépticos, abortos espontáneos, nacimientos prematuros, muerte cardíaca repentina y…. Síndrome de Muerte Repentina del Adulto) que coinciden con la vacunación que se hizo en China en 2009 debido a la Influenza AH1N1. Específicamente, calcularon la incidencia para un día, una semana y seis semanas luego de la recepción de una inoculación y usaron para esto métodos reportados previamente por Black y colaboradores en 2009 y por Deeks y colaboradores en 2011.

Tener ***en cuenta esta incidencia basal y compararla con los casos ocurridos posteriores a la recepción de una vacuna es importante***, ya que los estudios controlados y aleatorios que se realizan para evaluar la seguridad de las vacunas necesitan grandes cantidades de voluntarios para poder monitorear eventos que tienen una baja incidencia. Por ejemplo, para un evento que puede ocurrir a una tasa de 1.96 por 10 millones de personas vacunadas a los siete días de haber recibido la vacuna, se requerirían de casi 54 000 personas en cada grupo (control y vacuna) para poder detectarlo, y los estudios suelen usar menos personas. Y si ocurre a los cinco meses y el estudio se detuvo a los dos, pues menos se va a poder observar. En este sentido, no se logra tener el poder estadístico adecuado para detectar estos eventos asociados con la vacunación.

Debemos recordar que en el 2009 se usó una vacuna "tradicional" (inactivada o atenuada) para inocular contra Influenza. ***Estas vacunas contra la Influenza*** no se han asociado ***de forma evidente a alteraciones cardíacas ni a la muerte repentina, e incluso así, la incidencia fue relativamente alta a las seis semanas de recepción de la vacuna*** (126 casos por millón de personas

vacunadas contra influenza en el 2009). En el caso de las inoculaciones contra Covid-19, se están utilizando dos plataformas nuevas, las de ARNm y las basadas en adenovirus, ambas enfocadas en la producción endógena (propia) de la proteína Spike del virus. Ya se conocen mecanismos por los cuales estas vacunas pueden ocasionar daño cardíaco directamente e indirectamente (hablo sobre ello en el presente informe).

Si tenemos en cuenta que ya ha sido "vacunado" el 63% de la población mundial (5 220 000 000 personas), incluso si fuera tan "baja" la incidencia como lo que esos autores encontraron para la vacuna contra la Influenza, no sería trivial el número de casos esperados de muerte súbita (estaríamos hablando de 657 720 casos potenciales de muerte repentina). Claro, no todos en el planeta recibieron la misma marca ni tipo de inoculación antiCovid-19, y no todos han recibido las mismas dosis, y no todos tienen la misma edad ni comorbilidades. Es complicado analizar los datos así, por lo que si nos centramos en los datos de los Estados Unidos, vemos que ahí se ha "vacunado" a 258 950 000 (en este país solo usan de ARNm y vectorizadas). Se esperarían entonces más de 32 600 casos de muerte súbita de adultos "vacunados" a partir de las seis semanas de haber recibido la inoculación (126 casos por millón de "vacunados"). ¿Esto ha ocurrido? La respuesta sincera es "no lo podemos saber" porque el sistema de registro de eventos adversos asociados a la vacunación en los Estados Unidos (VAERS), al igual que el de muchos países suele registrar los eventos ocurridos en los 30 días posteriores a la recepción de una inoculación (con algunas excepciones) y ***si bien, el tiempo para considerar que la muerte está asociada a la vacunación no "caduca" es solamente cuando la muerte es secuela de uno de los eventos adversos registrados***. En otras palabras ***el que alguien muera de forma súbita unas semanas o meses después, no se consideraría*** plausiblemente asociado ***a la vacuna por parte de VAERS***. Por otro lado, se sabe que están subestimados los reportes de eventos adversos, se reporta a VAERS del 1% al 10% de los eventos adversos. Eso quiere decir que ***si alguien muerte de forma repentina, digamos, tres o cuatro meses después de haber recibido su segunda, tercera, cuarta (¿quinta?) dosis, es improbable que fuera registrado como posiblemente asociado a la "vacuna"***.

De acuerdo a VAERS, a 03 de junio del 22, se habían reportado 28 714 muertes asociadas a la "vacunación" y 851 de estos son por "muerte repentina". Estos 851 casos se tratan de: 1) reportes que sí se hicieron por parte de los médicos o familiares que conozcan el sistema VAERS y sepan usarlo, y 2) reportes en los que se hayan escrito esas palabras claves (muerte repentina) para describirlo. Como decía antes, con base en la incidencia que calcularon en el estudio de Wang y colaboradores (126 casos de muerte repentina por cada millón de inoculados), esperaríamos en Estados Unidos al menos 32 600 casos de muerte repentina. Si aplicamos lo que se ha calculado sobre el sub reportaje en VAERS, entonces en el mejor de los casos, tendríamos en realidad 8510 casos de muerte repentina, y en el peor de los casos, 85 100 casos. El número calculado con base en la incidencia de muerte repentina para Influenza quedamos que sería de 32 600 casos potenciales, es decir, que ese número dentro de los intervalos esperados.

ADE y SIDA

Como estamos viendo, el perjuicio para la salud de los "vacunados" es bastante grande además de variado; otra de las consecuencias de los sueros, es que producen *perjuicio del sistema inmunológico* (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9).

El ADE de la infección por un virus es un fenómeno en el que ***los anticuerpos específicos del virus favorecen la entrada del virus***, y en algunos casos la reproducción en monocitos/macrófagos y células granulocíticas, a través de la interacción con Fc o receptores del complemento.

En el Síndrome de ADE, ***los anticuerpos*** facilitan ***la entrada de virus en las células inmunes de la serie mieloide (macrófagos, y células dendríticas), en vez de producirse la presentación normal del antígeno***. ***Estos virus enteros en el macrófago*** inhiben ***la producción de interferón, a través de diversos mecanismos, con lo que*** disminuye ***la respuesta inmune innata contra los virus a la vez que éstos se*** multiplican ***dentro de la célula. Cuando los nuevos virus salen al exterior del macrófago,*** aumenta ***la infección. Los linfocitos activados*** producen ***una gran cantidad de citocinas y quimiocinas*** desencadenando ***lo que se conoce como "tormenta de citocinas". Los neutrófilos*** acuden ***a las zonas inflamadas para realizar la fagocitosis pero al estar cubiertos de partículas víricas son*** atacados ***por linfocitos citotóxicos y células NK y*** mueren ***produciéndose en dichas zonas inflamadas acúmulo de NETS (redes de material nuclear de los neutrófilos apoptóticos)***.

Teóricamente, la mejora inmunológica de la enfermedad puede ocurrir de dos maneras. En primer lugar, ***los niveles de anticuerpos no neutralizantes o subneutralizantes pueden*** potenciar ***la infección por SARS-CoV-2, otros coronavirus, o virus influenza en las células diana***. En segundo lugar, ***los anticuerpos podrían*** potenciar ***la inflamación y, por tanto, la gravedad de la enfermedad pulmonar***.

Hay que destacar que ***ADE también puede ser*** producido o facilitado ***por el antígeno HA (hemaglutinina) de las vacunas antigripales***.

El 1 de abril de 2022, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) publicó un lote de 11 000 documentos de Pfizer. Pfizer y la FDA sabían que ***personas de todas las edades experimentaban una supresión transitoria de la función inmunitaria (un debilitamiento temporal del sistema inmunológico), durante una semana después de la primera dosis***. "La evaluación de laboratorio clínico mostró una ***disminución transitoria de linfocitos que se observó en todos los grupos de edad y dosis después de la dosis 1***, que se resolvió en aproximadamente una semana…". No obstante, los datos del mundo real que muestran un mayor riesgo de infección grave y muerte debido a Covid entre los pacientes con doble pinchazo sugieren que ADE también podría estar en juego.

Los documentos de Pfizer también muestran que ***no han descartado el riesgo de una mejora dependiente de anticuerpos. La enfermedad potenciada asociada a la "vacuna" (VAED, por sus siglas en inglés) figura como un "riesgo potencial importante"*** y, al 28 de febrero de 2021, Pfizer tenía 138 casos de sospecha de VAED, 75 de los cuales eran graves, lo que resultó en hospitalización, discapacidad y consecuencias potencialmente mortales o muerte; un total de 38 casos fueron letales y 65 quedaron sin resolver.

Si ADE realmente no fuera motivo de preocupación, ***el formulario de consentimiento no lo incluiría***. Sin embargo, ahí está. Los ensayos clínicos de fase 3 están diseñados para descubrir efectos secundarios frecuentes o graves antes de que se apruebe el uso de una vacuna, incluida la ADE. Pero aquí radica el problema, porque ninguna de las "vacunas" contra la Covid-19 ha completado los ensayos de Fase 3. La prueba de Fase 3 de Pfizer está programada para completarse el 8 de febrero de 2024. A pesar de eso, Pfizer concluyó en su presentación ante la FDA que "ninguno de los 75 casos podría considerarse definitivamente como VAED".

El ADE se ha reportado in vitro e in vivo para virus que representan diferentes familias y géneros muy importantes para la salud pública y veterinaria. Estos virus comparten algunas características, como la reproducción preferencial en macrófagos, al igual que la capacidad de establecer persistencia y diversidad antigénica. Para algunos virus, la ADE de la infección se ha convertido en una gran inquietud para el control de enfermedades a través de las "vacunas".

Desde hace tiempo, ***se lleva*** avisando ***acerca del riesgo de que las inoculaciones contra Covid-19 pudieran generar la mejora dependiente de anticuerpos (ADE)***. Ese fenómeno, es parecido a lo que ocurre con las vacunas contra Dengue, y se ha reportado para otras vacunas y otras infecciones virales. Con base en estudios con animales, realizados con candidatos vacunales para el primer virus SARS, ***se sabía que podían ocurrir fenómenos de ADE cuando los individuos vacunados se enfrentaran*** al virus. Tanto que lo sabían que en marzo del 2020, se reunieron especialistas para dialogar sobre este riesgo para las "vacunas" que se estaban desarrollando contra SARS-CoV-2. Asimismo, diversos científicos escribieron revisiones sobre el tema, alertando sobre este riesgo para las "vacunas" contra SARS-CoV-2 y sobre la necesidad de que la gente que decidiera ponerse la "vacuna" supiera que el ADE era un riesgo. Los mecanismos que conducen a ADE no son hipotéticos, y se conocen bien.

A pesar del riesgo real de ADE, las voces "autorizadas" claman que no hay evidencia de que ocurra el ADE, y siguen recomendando y hasta exigiendo más inoculaciones para que incremente la cantidad de anticuerpos que tiene la gente. Esto denota varias cosas: 1) una absoluta irresponsabilidad sobre el riesgo de ADE, y 2) una absoluta ignorancia sobre la inmunología. No solamente es absurdo equiparar la cantidad de anticuerpos anti-Spike de SARS-CoV-2 en sangre con la protección contra el virus ya que hay otros efectores inmunes, sino que precisamente el tener una alta cantidad de anticuerpos contra una proteína que es altamente cambiante en el virus es la receta perfecta para el ADE.

En otras palabras, ***cuantas más dosis sigan recomendando para la gente, más incrementan el riesgo de ADEs***. Por otro lado, resulta curioso que digan que no hay evidencia de ADEs porque, de ocurrir, lo que se observaría es un incremento en enfermedad grave y muerte por Covid-19 en personas "vacunadas", y eso es precisamente lo que se está observando en muchos países que reportan abiertamente los datos. Claro, la prensa y ciertas autoridades le llaman "infecciones de ruptura" (breakthrough infections, en inglés) como si fueran casos de virus que (avezados) lograron escapar de la teórica protección que ofrece la "vacuna", pero no es esa la única explicación, sino que debe considerarse también la posibilidad de ADEs. Si fueran solamente "infecciones de ruptura", no esperaríamos mayor gravedad en los casos (en particular porque, como he explicado, la selección natural favorece a variantes menos virulentas y más transmisibles, no así a las más virulentas); si se tratara solamente de infecciones de ruptura entonces solamente esperaríamos más infecciones en los "vacunados", pero no una mayor severidad de la enfermedad en los "vacunados" con respecto a los libres de "vacuna".

Hace poco fue publicado un estudio en Human Vaccine and Immunotherapy, en el que Hasan y colaboradores analizaron los datos de Public Health England (el sistema público de datos de Inglaterra) y llegaron a la conclusión de que son indicativos de ADE: "Análisis de los datos del Sistema Nacional de Salud (NHS) publicado por Public Health England ha mostrado que la tasa de infección con la variante Delta posterior a la 'vacunación' (<21 días después de la dosis 1, ≥21 días después de la dosis 1, y después de dos dosis) fue drásticamente más baja que en las personas libres de vacunas (Figura 1a). Sin embargo, la tasa de muerte como resultado de la infección con la variante Delta fue 8 veces más alta en aquellos que recibieron dos dosis de las vacunas comparado con los casos de personas libres de vacunas (Figura 1b). Estos datos ofrecen apoyo al argumento de que anticuerpos IgG anti-Spike inducidos por la "vacuna" pueden ser subneutralizantes [nota de la traducción: esto quiere decir que no logran neutralizar correctamente al virus, debido a que la región que "reconocen" del virus ya cambió un poco] en algunos individuos (por lo tanto estos se infectan a pesar de estar 'vacunados') y puede acelerar la infectividad vía ADE y provocar tasas de mortalidad más altas. Vistas en conjunto con los modelos presentados por Ricke, estos resultados enfatizan la importancia de desarrollar vacunas novedosas que se basen en células T y no sean dependientes solamente de anticuerpos".

Como podemos observar en el estudio, y en particular de forma gráfica en la Figura 1, ***el ADE sí explica lo que está ocurriendo***. ***Una cosa sería que la "vacuna" no fuera efectiva para proteger: aquí esperamos la misma tasa de infección y la misma tasa de letalidad entre "vacunados" y libres de vacuna, pero no es lo que se ve, sino que es 8 veces mayor la mortalidad entre los "vacunados"***.

El supuesto virus SARS-CoV-2 ha demostrado, a lo largo de casi 2 años ser particularmente poco severo en personas jóvenes. Si a un joven inoculado le ocurre un ADE, entonces una infección futura con alguna variante de SARS-CoV-2 no será tan poco severa.

La mayoría de los esfuerzos previos para crear “vacunas” contra el coronavirus, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), síndrome respiratorio de Oriente Medio, (MERS-CoV), virus sincitial respiratorio (RSV) y virus similares, terminaron por causar ADE.

Lo que eso significa es que, en lugar de que la “vacuna” mejore su inmunidad contra la infección, mejora la capacidad del virus para ingresar e infectar sus células, lo que provoca una enfermedad más grave que si no hubiera recibido la “vacuna”. En 2003, el artículo de revisión titulado: "Antibody-Dependent Enhancement of Virus Infection and Disease", lo explicó de la siguiente manera:

"Los anticuerpos específicos del virus se consideran antivirales y desempeñan un papel importante en el control de las infecciones por virus de muchas formas. Sin embargo, en algunos casos, la presencia de anticuerpos específicos puede ser beneficiosa para el virus. Esta actividad se conoce como mejora dependiente de anticuerpos (ADE) de la infección por el virus”.

En 2014, el artículo, concluyó que los anticuerpos monoclonales que se generan contra las proteínas Spike del SARS-CoV en realidad promovían la infección y que, en general, "los anticuerpos contra las proteínas Spike del SARS-CoV pueden causar efectos de la ADE", lo que plantea la duda de "si es posible crear una vacuna segura contra el SARS-CoV".

Hasta ahora, todos los supuestos casos de Ómicron han sido relativamente leves, pero si resulta que las personas con esquema de “vacunación” completo desarrollan una enfermedad grave mientras que las personas sin “vacunar” no lo hacen, entonces eso sería evidencia de que las “vacunas” provocan ADE.

Por otro lado, un estudio encuentra que ***miles de millones de personas “vacunadas” corren un riesgo real de sufrir una mejora dependiente de anticuerpos***. Según OurWorldInData.org, el 31.7% de la población mundial había sido vacunada a día 21 de agosto de 2021. Eso es alrededor de 2400 millones de personas, y cada una de ellas había tomado un suero médico experimental no probado y potencialmente mortal. Posiblemente el mayor experimento jamás realizado en la humanidad. ***El estudio proporciona una evidencia sólida de que las inyecciones antiCovid-19 que se administran en todo el mundo, sin lugar a dudas, causarán efectos ADE en las personas cuando estén expuestas a la supuesta variante Delta o cualquier otra supuesta variante, o potencialmente a otros coronavirus***. Lo que el artículo describe es una mejora clásica dependiente de anticuerpos, lo que significa que una reacción hiperinflamatoria puede matar a la persona ya que su sistema inmunológico "preparado" reacciona de forma exagerada a nuevas infecciones. El documento afirma que las “vacunas” actuales deben desecharse y quizá, reemplazarse con vacunas nuevas de "segunda generación" que estén diseñadas para atacar los objetivos antigénicos de la variante Delta (esto no deja de ser una tontería porque si el virus Covid-19 realmente existe, entonces siempre mutará a una nueva forma y eludirá las inyecciones actuales que se ofrezcan, sin importar cuántas inyecciones se administren a la población mundial). ***Solo la inmunidad natural podría poner fin a esta supuesta***

***pandemia porque las inyecciones actuales que se ofrecen no previenen la infección y no previenen la transmisión*.**

Con miles de millones de personas ya inyectadas, los hallazgos de este estudio científico sugieren que ***es perfectamente plausible que miles de millones de personas puedan morir debido a la mejora dependiente de anticuerpos u otros efectos devastadores causados por las "vacunas" Covid-19, como el daño vascular de la proteína de pico***.

De igual forma, en la publicación de Munoz y colaboradores (2021), en la Revista Vaccine los autores del artículo, pertenecientes al Consorcio de Brighton para evaluar la seguridad de las "vacunas" Covid-19, mencionan el hecho de que puedan ocurrir ADEs en "vacunados". En la página 3059 del artículo, dicen Munoz y colaboradores (traducción literal): "***Ninguna prueba confirmatoria específica individual o en combinación existe para poder diagnosticar ADE asociada a la 'vacuna'. Como las manifestaciones clínicas de ADE 'vacunal' están dentro del espectro de la enfermedad natural (ocurriendo más frecuentemente y/o más severamente en individuos 'vacunados') es también difícil separar los fallos 'vacunales' (también llamadas enfermedades de ruptura) de la ADE vacunal en personas 'vacunadas'. Todos los casos de fallos 'vacunales' deben de ser investigados para descartar ADE 'vacunal'. La falla de 'vacuna' se define como el que ocurra la enfermedad que hubiera prevenido la 'vacuna' en una persona que está apropriada y completamente 'vacunada', tomando en consideración el período de incubación y el rezago normal en la protección adquirida como resultado de la inmunización. Sin embargo, el determinar de forma definitiva una ADE 'vacunal' podría no ser posible y solo realizable en el contexto de ensayos clínicos grandes aleatorizados o durante el monitoreo de seguridad del producto aprobado***". En otras palabras, saben ***que puede ocurrir ADE en 'vacunados', es imposible distinguirlo clínicamente de un fallo de la "vacuna", y se tendría que monitorear en la población para determinar epidemiológicamente si existe un mayor riesgo*** (recordemos que muchos de los ensayos de fase III "perdieron" a los controles porque los "vacunaron", por lo que no podría evaluarse de esta forma). Además, no hay un solo programa de monitoreo/vigilancia de ADE post "vacuna" Covid-19 en ningún país. ¿Y entonces, cómo podríamos verlo epidemiológicamente? Evaluando ***si el número y proporción de personas con enfermedad grave es mayor entre "vacunados" que entre no "vacunados". Si es igual, entonces podemos decir que las vacunas están "fallando". Si es mayor, entonces podemos decir que está ocurriendo una agravación de la enfermedad en los "vacunados"***.

Por otro lado, tendría que evaluarse también, ***la presencia de anticuerpos contra Spike y de anticuerpos contra Nucleocápside. Esto porque algunos casos de "Covid-19" podrían tratarse más bien de respuestas inmunes exacerbadas y desreguladas contra el Spike vacunal y asociadas a algunos de los compuestos de las "vacunas". Si una persona con síntomas de Covid-19*** solamente ***tiene anticuerpos (IgG) contra Spike de SARS-CoV-2, se trata de un cuadro provocado por la "vacuna", en***

ausencia de una infección real por supuesto SARS-CoV-2. Si la persona tiene anticuerpos (IgG/IgM) contra Spike y contra Nucleocápside, se trataría de un cuadro Covid-19 asociado a la infección con el virus. Eso, en una persona "vacunada", se [trataría](#) ***de un fallo en la "vacuna" o de una ADE***.

Otro [estudio](#) ***reportó reactividad cruzada no neutralizante entre los anticuerpos generados contra Spike de SARS-CoV-2 y una proteína de envoltura de VIH-1***. Esta reactividad cruzada ocurre por la similitud de aminoácidos en algunas regiones de ambas proteínas (Spike de SARS-CoV-2 y gp41 de VIH-1).

El problema es que no son neutralizantes los anticuerpos**.** Esto quiere decir (cosa que omiten en la discusión los autores, pero que no debiera ser ignorado por quienes conocen de inmunología) que no se puede descartar el que ***la presencia de dichos anticuerpos contra Spike, en personas infectadas con VIH-1, pudieran incrementar la infección dentro del cuerpo de dichas personas, ya que al no neutralizar al virus VIH-1, entonces pueden llevar a un fenómeno conocido como ADE***. Es una posibilidad, y lo responsable es estudiarla (sobre todo considerando la cantidad de gente que, supuestamente, está teniendo anticuerpos contra Spike dada la "vacunación") e investigar si es posible que ocurra este fenómeno dirigido hacia el incremento en la infección de células por parte del virus VIH-1 en personas ya infectadas. **La generación de anticuerpos no neutralizantes no es trivial**. ***Existen muchas enfermedades virales para las que se ha detectado la ocurrencia de*** [ADE debido a esos anticuerpos no neutralizantes](#). ***En este caso, de ocurrir, sería una ADE provocada por anticuerpos contra Spike que también reconocen (y por lo tanto, se unen) a una proteína de VIH-1, pero que no neutralizan al virus***.

Si lo que encontraron en su modelo animal ocurre en humanos, habría un alto riesgo de incremento en la carga viral de VIH-1 en personas infectadas debido a esos anticuerpos contra Spike. Dados los resultados de este estudio, lo responsable hubiera sido estudiarlo en la población humana antes de sacar los sueros experimentales al mercado y antes de haberles dado ninguna autorización de uso de emergencia.

La supuesta eficacia decreciente de las "vacunas" no se acerca asintóticamente a cero (lo que significaría que las "vacunas" simplemente pierden eficacia con el tiempo), pasa directamente por cero y luego se vuelve peligrosamente negativo (lo que significa que las "vacunas" se vuelven tóxicas para el sistema inmunológico).

Por otro lado, ***los propios datos de los ensayos clínicos de Pfizer*** [indican](#) ***claramente que su "vacuna" Covid-19 hace que el receptor desarrolle SIDA***.

Algunos [hallazgos](#) en los datos del ensayo clínico de fase I-II-III de Pfizer, son extremadamente preocupantes. ***La tasa de muerte por sepsis en el grupo de***

21 926 personas doblemente "vacunadas" del ensayo clínico de fase III de Pfizer, fue 21 veces más alta de lo normal, ***y la tasa de muerte cardiovascular fue dos veces más alta de lo normal***.

Esto indica claramente que ***la inyección de Pfizer Covid-19 de hecho causa una nueva forma de*** *'síndrome de inmunodeficiencia adquirida'*, como ha sido sugerido por una montaña de datos disponibles de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, porque la sepsis es causada por fallo del sistema inmunológico.

Lo estamos viendo

Hagamos un repaso de los datos que nos proporcionan diferentes bases de datos oficiales:

Reino Unido

El 17 de mayo del 22, la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) publicó un conjunto de datos sobre muertes por estado de "vacunación" en Inglaterra, y reveló una gran cantidad de hallazgos impactantes.

Por ejemplo, ahora sabemos que, según la ONS, ***70 000 personas han muerto en los 28 días posteriores a la "vacunación" de Covid-19 en Inglaterra, y 179 000 personas han muerto en los 60 días posteriores***.

Ahora también sabemos que ***la "vacunación" contra la Covid-19 aumenta el riesgo de muerte de los niños entre un*** 8100% y un 30 200%.

Pero resulta que una vez que profundizamos un poco más en los datos, descubrimos que ***la "vacunación" contra la Covid-19 en realidad aumenta la tasa de mortalidad de todos en aproximadamente 5 meses***.

La tabla 1 del conjunto de datos de la ONS contiene cifras sobre las tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de "vacunación" para las muertes entre el 1 de enero de 21 y el 31 de marzo de 22. La primera inyección antiCovid-19 se administró en Inglaterra el 8 de diciembre de 2021, y aquí están las cifras sobre las tasas de mortalidad por estado de "vacunación" en los siguientes 4 meses.

Los no "vacunados" tenían muchas más probabilidades de morir por cualquier causa que no fuera Covid-19 que la población "vacunada" tanto en enero como en febrero de 2021, ***antes de que las tasas pareciera que se*** normalizaron ***a fines de abril***. Pero veamos aquí lo que sucedió a partir de mayo de 2021 en adelante.

De repente, ***la población "vacunada" en su conjunto tenía más*** probabilidades ***de morir que los no "vacunados" por cualquier otra causa que no fuera la Covid-19, y esta tendencia ha continuado*** mes tras mes ***desde entonces. También resulta que esta tendencia aumenta con***

aquellos que recibieron las inyecciones antiCovid-19 primero. Las personas en Inglaterra fueron "vacunadas" por orden de edad, y a los mayores se les ofreció primero la inyección contra Covid-19.

El gráfico muestra las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100 000 años-persona por estado de "vacunación" y grupo de edad para el mes de mayo de 2021. Las cifras muestran que en mayo los tres grupos de edad que presentaron mayor tasa de mortalidad entre los "vacunados" fueron los de 70-79, 80-89 y 90+ años. Luego, la tendencia continúa hasta junio con personas "vacunadas" de 60 a 69 años que se unen al club con la tasa de mortalidad más alta. Luego continúa hasta julio con las personas de 50 a 59 años que se unen al club con la tasa de mortalidad más alta.

Estos datos indican ***que las inyecciones contra Covid-19 tardan aproximadamente 5 meses en diezmar completamente el sistema inmunológico hasta el punto en que las posibilidades de que una persona muera por cualquier causa*** aumentan ***significativamente, o*** indica ***que las inyecciones antiCovid-19 están matando directamente a las personas a miles, con una proceso que tarda en promedio 5 meses en concluir***.

Según el informe, desde el 1 de febrero de 2021 y hasta el 15 de agosto de 2021 hubo 390 muertes entre la población no "vacunada", un aumento de 137 con respecto al último recuento realizado en el informe anterior donde la cifra confirmada fue de 253 hasta el 2 de agosto de 2021. Esto equivale al 0.2% de todas las infecciones confirmadas entre la población no "vacunada", en línea con la tasa de mortalidad promedio observada desde que comenzó la supuesta pandemia de Covid-19. Sin embargo, hasta el 15 de agosto de 2021 la población totalmente "vacunada" ha sufrido un total de 679 muertes. Esto en un aumento de 277 en el informe anterior donde la cifra confirmada fue 402. Equivale al 0.9% de todas las infecciones confirmadas entre la población completamente "vacunada". ***Esto sugiere que la "vacuna" Covid-19 en realidad aumenta el riesgo de muerte en al menos un 338% en lugar de reducir el riesgo de muerte en un 95%***.

Los datos brutos de mortalidad por Covid-19 y mortalidad por todas las causas de la Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido (ONS) han revelado que las personas con doble "vacunación" tienen seis veces más probabilidades de morir por todas las causas ***que las personas no "vacunadas" desde finales de abril hasta principios de julio de 2021***. **Cifras del** Informe **de vigilancia de vacunas del PHE del Reino Unido sobre casos de Covid-19 muestran que *las personas de 40 a 79 años doblemente "vacunadas" han perdido el 44% de la capacidad de su sistema inmunológico. Su sistema inmunológico se está deteriorando alrededor del 5% por semana (entre el 3.8% y el 9.1%)***.

A estas alturas, las personas de 30 a 59 años tendrán cero defensa contra Covid/virus (y quizás una forma de síndrome de inmunodeficiencia adquirida) *y todas las personas con dos dosis de*

“vacunas” mayores de 30 habrán perdido por completo la parte de su sistema inmunológico que ataca a la Covid-19.

Estas degradaciones del sistema inmunológico podrían ser causadas por ADE (mejora dependiente de anticuerpos, donde los anticuerpos, supuestamente, inducidos por la “vacuna” comienzan a funcionar a la inversa) y ser específica para la Covid, o podrían ser más generales y dar como resultado una forma de SIDA mediado por la “vacuna” (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Por otro lado, cifras oficiales de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido muestran que ***las personas de entre 30 y 70 años que recibieron las tres dosis de la “vacuna” antiCovid han perdido al menos el*** 70% ***de la capacidad de su sistema inmunitario en comparación con el sistema inmunitario natural de las personas no “vacunadas”***.

Sus sistemas inmunológicos se están deteriorando ***entre un 10 y un 30% por semana en promedio, con un deterioro mucho mayor y más rápido entre los grupos de edad más jóvenes***.

Si esto continúa al ritmo actual, ***todos los adultos “vacunados” a los que hayan inoculado el suero tres veces, habrán perdido el*** 100% ***de su capacidad inmunológica total (para virus y ciertos tipos de cáncer) dentro de los 5 meses, pero los de 18 a 39 años la habrán*** perdido ***a mediados de abril de 2022, seguidos por 40-49 años que la habrán*** perdido ***a mediados de mayo. Estas personas*** tendrán ***efectivamente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en toda regla***.

En otras palabras, ***los datos*** oficiales ***del gobierno del Reino Unido sugieren fuertemente que la población con tres dosis está*** desarrollando ***rápidamente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida***.

Sus datos para la semana 5 están disponibles como un pdf descargable aquí. La página 43 contiene datos sobre casos de Covid-19 en Inglaterra por estado de “vacunación” del 3 de enero de 22 al 30 de enero del 22.

La gráfica muestra el número total de casos en Inglaterra por estado de “vacunación” entre el 3 de enero y el 30 de enero de 22 por estado de “vacunación”. La gráfica muestra el número total de casos entre personas mayores de 18 años en Inglaterra por estado de “vacunación” entre el 3 de enero y el 30 de enero de 22 por estado de “vacunación”.

Como se puede observar claramente, a pesar de que la población no “vacunada” se ve obligada a sufrir más restricciones que la población completamente “vacunada”, ***Inglaterra está experimentando una pandemia de personas completamente “vacunadas”***, con la población “vacunada” mayor de 18 años registrando un impactante 1.67 millones de casos en enero de 2022, en comparación con solo 228 750 casos entre personas no “vacunadas” mayores de 18 años.

Estos son los tamaños de población calculados para todos los mayores de 18 años en Inglaterra que han sido vacunados doble y triplemente según el informe de Vigilancia de Vacunas de UUKHSA.

Las tasas de casos de Covid-19 por 100 000 por estado de "vacunación" para cada grupo de edad mayor de 18 años en Inglaterra, más la tasa de casos promedio por 100 000 para todos los adultos en Inglaterra.

Ahora que conocemos las tasas de casos, podemos usar la fórmula de efectividad de la "vacuna" de Pfizer para calcular la efectividad de la vacuna en el mundo real:

Tasa de casos no "vacunados" – Tasa de casos "vacunados" / Tasa de casos no "vacunados" = Eficacia de la "vacuna", p. Doble vacunación 18-80+: 1846.38 – 5226.1 / 1846.38 =-183 %

Por lo tanto, ***la efectividad promedio de la "vacuna" Covid-19 en el mundo real en Inglaterra para todos los adultos en general es -183%***. ***Esto significa que los adultos completamente "vacunados" tienen más probabilidades de contraer Covid-19 que los adultos no "vacunados"***.

Pero la eficacia de la "vacuna" no es realmente una medida de una "vacuna", ***es una medida del rendimiento del sistema inmunitario del receptor de la "vacuna" en comparación con el rendimiento del sistema inmunitario de una persona no "vacunada"***.

Se supone que la "vacuna" antiCovid-19 entrena a su sistema inmunológico para reconocer la proteína de pico de la cepa original del supuesto virus supuestamente causante del síndrome conocido como Covid-19. Lo hace instruyendo a sus células para que produzcan la proteína de punta, luego su sistema inmunológico produce anticuerpos y recuerda usarlos más tarde si se encuentra nuevamente con la parte de punta del supuesto virus. ***Cuando las autoridades afirman que la supuesta efectividad de las "vacunas" se debilita con el tiempo, lo que realmente quieren decir es que el desempeño de su sistema inmunológico se debilita con el tiempo***.

El problema que estamos viendo aquí es que ***el sistema inmunológico no está regresando a su estado original y natural. Si lo fuera, los resultados de la infección con Covid-19 serían similares a los resultados entre la población no "vacunada***".

En cambio, continúa disminuyendo a un ritmo que significa que la población no "vacunada" tiene un sistema inmunológico que funciona mejor, ***lo que a su vez significa que las inyecciones de Covid-19 están diezmando los sistemas inmunológicos de los "vacunados" por completo***.

Para calcular el rendimiento del sistema inmunitario, tenemos que modificar ligeramente el cálculo utilizado para calcular la eficacia de la vacuna y dividir nuestra respuesta por la mayor tasa de casos "vacunados" o no "vacunados".

Tasa de casos de no "vacunados" – Tasa de casos de "vacunados" / mayor de los no "vacunados" / tasa de casos de "vacunados" = Rendimiento del sistema inmunitario, p. Doble "vacunación" 18-80+: 1846.38 – 5226.1 / 5226.1 =-65 %

Esto significa que, ***en promedio, los británicos completamente "vacunados" actualmente tienen una respuesta inmune 65% más baja que los no "vacunados" contra la Covid-19***. Este gráfico muestra el verdadero alcance del daño por grupo de edad.

Por lo tanto, la persona completamente "vacunada" en Inglaterra tiene, en promedio, el último 35% ***de su sistema inmunológico para combatir ciertas clases de virus y ciertos tipos de cáncer, etc***. La pregunta es, ¿cuándo se agotará el 35% restante de su sistema inmunológico?

Desafortunadamente, más datos sobre hospitalizaciones y muertes en Inglaterra y Escocia sugieren que, para algunos de los "vacunados" por completo, es posible que ya se haya agotado por completo.

Las "vacunas" contra la Covid-19 también están mostrando una eficacia negativa contra la hospitalización y la muerte, lo que significa que ***las personas con todas las dosis tienen más probabilidades de ser hospitalizadas y morir de Covid-19 que las no "vacunadas", lo que sugiere que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida inducido por la "vacuna" contra la Covid-19 es una realidad***.

De igual forma, datos oficiales publicados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido confirman que ***la eficacia de la "vacuna" Covid-19 contra la muerte se ha reducido a -121% entre las personas de 40 a 49 años, y a -166% entre las personas de 80 años o más. Todos los demás grupos de edad también han*** sufrido ***una caída significativa en la efectividad de la "vacuna" con cifras que muestran que todos los adultos con doble "vacunación" tienen más probabilidades de morir de Covid-19 que los adultos sin "vacunar"***.

Se registró una efectividad de la "vacuna" contra la muerte de -111% entre las personas de 60 a 69 años, menos-138 % entre las personas de 70 a 79 años y -166% entre las personas mayores de 80 años en la semana 9.

En lo que refiere a personas de 40 a 49 años, en la semana 5 se registró una efectividad de la "vacuna" contra la muerte de +16%. Luego, en la semana 9, esto cayó a -32%. Pero luego, en la semana 13, esto cayó a un sorprendente -121%.

Estas cifras muestran ***que la mayoría de las personas con doble "vacunación" tienen el doble de probabilidades de morir de Covid-19 que las personas no "vacunadas***".

De igual forma, los datos oficiales publicados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, también confirman ***que la eficacia de la "vacuna"***

Covid-19 contra la infección ha** caído **a -391% entre las personas de 60 a 69 años con triple punción, y entre -298 % y -324% entre las personas de 30 años a 59.

Todos los demás grupos de edad también han sufrido una caída significativa en la efectividad de la "vacuna" con cifras que muestran que todos ***los adultos "vacunados" triplemente ahora tienen entre 3 y 5 veces más probabilidades de infectarse con Covid-19 que los adultos no "vacunados"***.

La grafica obtenida con los datos proporcionados por UHKSA representa la efectividad real de los sueros entre los inoculados con tres dosis, entre el 03 de enero y el 27 de marzo. Se puede ver la evolución temporal dela efectividad en dicho intervalo por grupos de edad. Esto no está ni cerca del 95% de efectividad reclamado por Pfizer, ¿verdad? La efectividad de la "vacuna" fue tan baja como -391.43% entre las personas de 60 a 69 años en la semana 13, cayendo desde -114.8 % en la semana 5.

El siguiente gráfico de líneas muestra esta disminución mucho más claramente entre cada grupo de edad:

Las disminuciones más preocupantes aquí parecen estar entre las personas de 60 a 69 años y de 70 a 79 años porque parece que se han caído por un precipicio entre la semana 9 y la semana 13. Afortunadamente, la caída entre las personas de 18 a 29 años parece haberse ralentizado entre la semana 9 y la semana 13, pero aún se encuentra en -231.22% después de estar en -29.8 % en la semana 5.

Estas cifras muestran que ***las personas de 60 a 69 años tienen casi 5 veces más probabilidades de infectarse con Covid-19 que las personas de 60 a 69 años no "vacunadas", y** muestran **que las personas de 40 a 59 y 70 a 79 años tienen más 4 veces más probabilidades de infectarse con Covid-19 que sus contrapartes no "vacunadas"***.

Si miramos para Escocia, las cifras oficiales de Public Health Scotland muestran que durante un mes, ***la población completamente "vacunada" tenía en promedio el doble de probabilidades de morir de Covid-19 que la población no "vacunada", y las cifras de las semanas más recientes registraron una efectividad de la "vacuna" contra la muerte de -112%***.

Los datos oficiales publicados tanto por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido como por Public Health Scotland muestran que ***los ancianos y vulnerables completamente "vacunados" ahora tienen más probabilidades de infectarse con Covid-19, más probabilidades de ser hospitalizados con Covid-19 y más probabilidades de morir de Covid-19 que los no "vacunados"***.

Esto sugiere fuertemente que ahora ***han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida inducido por la "vacuna" Covid-19, y los***

jóvenes habrán desarrollado la misma condición autoinmune en cuestión de semanas.

Canadá

Los datos oficiales del gobierno canadiense muestran que las "vacunas" Covid-19 ahora están demostrando tener ***una efectividad negativa en personas completamente "vacunadas" de 12 años o más de -425%, después de que las personas completamente "vacunadas" representaron el 89% de todos los casos de Covid-19 en Canadá durante el mes de enero del 22*** .

Gracias a una gran cantidad de datos publicados por el Gobierno de Canadá, podemos usar el mismo cálculo que se usó para calcular el 95% de efectividad de la "vacuna" de Pfizer, para calcular la efectividad real de las "vacunas" contra la Covid-19.

La figura 5 de la 'Actualización diaria de epidemiología de Covid-19 del Gobierno de Canadá' publicada el 1 de febrero de 22, proporciona el número de casos de Covid-19 en todo Canadá por estado de "vacunación".

Gracias a de 'WayBackMachine', podemos ver el total general en fechas anteriores y luego deducir esos totales del informe más reciente. Así que elegimos una instantánea del informe encontrado en la 'WayBackMachine' que se tomó el 23 de diciembre de 21, que incluye la cantidad de casos entre el 14 de diciembre de 2020 y el 4 de diciembre de 2021.

Esto nos permite calcular la cantidad de casos que ocurrieron entre el 4 de diciembre de 21 y el 8 de enero de 22, la fecha de finalización del informe más reciente publicado el 1 de febrero de 22.

Entre el 4 de diciembre de 21 y el 8 de enero de 22 hubo 49 579 casos entre los no "vacunados", 6957 casos entre los parcialmente vacunados y 390 401 casos entre los completamente "vacunados". Lo que significa que la población "vacunada" representó ***el 89% de los casos de Covid-19 en Canadá desde el 21 de diciembre***.

Durante el ensayo clínico aún en curso, Pfizer tenía la misma cantidad de personas que habían sido "vacunadas" y no "vacunadas" para calcular la efectividad de su "vacuna", por lo que para calcular la efectividad en el mundo real, todo lo que tenemos que hacer es realice el mismo cálculo utilizando las tasas por 100 000.

Desafortunadamente, el gobierno de Canadá no los proporciona, pero sí nos proporciona la cantidad de personas que han sido "vacunadas", por lo que es bastante fácil de calcular.

En 2020, la población de Canadá se estimó en 38.01 millones de personas. Por lo tanto, con 23.2 millones de personas que han recibido al menos una dosis, eso deja a 14.8 millones de personas sin "vacunar".

Ahora todo lo que tenemos que hacer es dividir el tamaño total de la población por 100 000 y luego dividir el número de casos por la respuesta a esa ecuación.

Entonces, para los no “vacunados”, realizamos el siguiente cálculo:

49 579 (Nº de casos) / 148 = 334.99

Por lo tanto, la tasa de casos entre los canadienses no “vacunados” entre el 4 de diciembre y el 8 de enero de 22 fue de 334.99 casos por 100 000 habitantes.

Para los completamente “vacunados”, realizamos el siguiente cálculo:

390 401 (Nº de casos) / 222 = 1758.56

Por lo tanto, la tasa de casos entre los canadienses completamente “vacunados” entre el 4 de diciembre y el 8 de enero de 22 fue de 1758.56 casos por 100 000 habitantes.

Ahora todo lo que tenemos que hacer es realizar el mismo cálculo que usa Pfizer con nuestras tasas de casos por 100 000 habitantes para calcular la efectividad de la “vacuna” en el mundo real y, desafortunadamente, como se justifica por la cantidad de casos, es terrible.

La efectividad en el mundo real de las “vacunas” Covid-19 en Canadá entre el 3 de diciembre de 21 y el 8 de enero de 22 equivale a -424.95%.

Estos datos prueban que las “vacunas” contra la Covid-19 están haciendo que las personas sean más susceptibles a contraer la Covid-19, en lugar de prevenir los casos de Covid-19 en el 95% declarado.

El hecho de que la efectividad de las “vacunas” ahora haya superado la barrera del menos 100% sugiere que ***ha diezmado por completo el sistema inmunológico de las personas “vacunadas”, al menos en lo que respecta a la infección por el supuesto virus SARS-CoV-2***.

Los datos del gobierno de Canadá prueban sin lugar a dudas que ***las “vacunas” contra la Covid-19 no previenen la infección ni la transmisión, y que Canadá se encuentra en medio de una pandemia de personas totalmente “vacunadas”***.

De los datos, también se desprende que ***la mayoría de los "totalmente vacunados" están desarrollando el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) inducido por la “vacuna” Covid-19 en toda regla, después de confirmar que los sistemas inmunológicos de los totalmente “vacunados” ya se han degradado a un promedio de -81%.***

Mirando para atrás, los informes publicados por el Gobierno de Canadá, desde hace tiempo, sugieren fuertemente que ***tanto las poblaciones triplemente “vacunadas” como las doblemente “vacunadas” en todo Canadá, están*** desarrollando ***el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida inducido por la***

vacuna (VAIDS, por sus siglas en inglés) inducido por la "vacuna" Covid-19.

Esto se debe a que ***las cifras oficiales*** confirman ***que el sistema inmunitario de los canadienses triplemente "vacunados" se ha degradado en alrededor de un 67% en comparación con el sistema inmunitario natural de los no "vacunados"***.

Un nuevo informe, lo podemos encontrar aquí. La página 20 en adelante contiene datos sobre los casos de Covid-19 desde el comienzo de la campaña de "vacunación" de Covid-19 en Canadá el 14 de diciembre del 20 hasta el 8 de mayo de 2022.

Al observar un informe publicado anteriormente con cifras de casos entre el 14 de diciembre de 2022 y el 20 de febrero de 2022, y luego realizar una simple resta, podemos deducir la cantidad de casos de Covid-19 por estado de "vacunación" entre el 21 de febrero de 22 y el 8 de mayo de 22.

Aquí está la tabla del número de casos por estado de "vacunación" entre el 14 de diciembre y el 20 de febrero de 2022 El siguiente gráfico muestra el número de casos por estado de "vacunación" entre el 21 de febrero y el 8 de mayo de 2022, una vez que restamos las cifras del 20 de febrero de las cifras del 8 de mayo en las dos tablas anteriores.

Como se puede observar claramente, Canadá ha experimentado una gran pandemia de personas totalmente "vacunadas", con este registro demográfico de 246 596 casos entre el 21 de febrero y el 8 de mayo, en comparación con solo 46 047 casos entre la población no "vacunada".

En Canadá, según el informe, 14 millones de personas tienen triple "vacunación", 24 millones de personas tienen 2 dosis; lo que significa que 10 millones todavía tienen actualmente solo una doble punción, y 25.1 millones de personas tienen 1 sola dosis.

Por lo tanto, debido a que la población de Canadá es de 38.01 millones, ***quedan*** 12.91 ***millones de personas en Canadá que no están "vacunadas"***.

El siguiente gráfico muestra las tasas de casos de Covid-19 por cada 100 000 habitantes en todo Canadá entre el 21 de febrero y el 8 de mayo de 2022.

La tasa de casos de Covid-19 por 100K fue la más alta entre la población triplemente "vacunada" entre el 21 de febrero y el 8 de mayo de 2022, con 1090 casos por 100 000 habitantes. Y los doble "vacunados" no se quedaron atrás con 941 casos por cada 100.000 habitantes.

Ahora que conocemos esas cifras, podemos usar la fórmula de efectividad de la "vacuna" de Pfizer para calcular la efectividad de la "vacuna" en el mundo real.

Tasa de casos no "vacunados" – Tasa de casos "vacunados" / Tasa de casos no "vacunados" = Eficacia de la "vacuna"

El siguiente gráfico muestra la efectividad de la "vacuna" Covid-19 en el mundo real en Canadá entre el 21 de febrero y el 8 de mayo de 2022.

La efectividad de la "vacuna" entre los "vacunados" dobles fue de -163,73%, mientras que la efectividad de la "vacuna" entre los "vacunados" triples fue de -205.46%. Esto significa que ***la población "vacunada" tenía alrededor de 3 veces más probabilidades de infectarse con Covid-19 que la población no "vacunada" en Canadá entre el 21 de febrero y el 8 de mayo de 2022***.

Para calcular el rendimiento del sistema inmunitario, tenemos que alterar ligeramente el cálculo utilizado para calcular la eficacia de la "vacuna" y dividir nuestra respuesta por la mayor tasa de casos "vacunados" o no "vacunados".

Tasa de casos de no "vacunados" – Tasa de casos de "vacunados" / mayor de los no "vacunados" / tasa de casos de "vacunados" = Desempeño del sistema inmunitario

El siguiente gráfico muestra el desempeño del sistema inmunitario por estado de "vacunación" en Canadá en comparación con el sistema inmunitario natural de los no "vacunados" entre el 21 de febrero y el 8 de mayo de 2022.

Los canadienses con doble "vacunación" actualmente tienen una respuesta inmunológica 62.08% menor que los no "vacunados", y los triple "vacunados" actualmente tienen una respuesta inmunológica un 67.26% menor que los no "vacunados". Por lo tanto, el canadiense promedio "vacunado" doble tiene el último 38% de su sistema inmunológico para combatir ciertas clases de virus y ciertos tipos de cáncer, etc., y el canadiense promedio "vacunado" triple tiene el último 32% de su sistema inmunológico.

Alemania

Los datos del gobierno alemán para la supuesta variante Ómicron de Covid-19, sugerían que ***la mayoría de los "completamente vacunados" tendrían el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) inducido por la "vacuna" Covid-19 en toda regla para fines de enero de 2022, después de*** confirmar ***que el sistema inmunológico de los completamente "vacunados" ya se han degradado a un promedio de -87%***.

Las cifras del gobierno alemán para Ómicron, muestran ***que las personas completamente "vacunadas" tienen 8.12 veces más probabilidades de tener una infección por Ómicron que las no "vacunadas"***. Es decir, que estamos 8 veces más seguros en lo que respecta a la supuesta variante Ómicron, en una habitación, un restaurante, un bar, un club nocturno, un tren, un barco o un avión lleno de personas no "vacunadas" que con personas "completamente

vacunadas”. Y ***cuantas más inyecciones se pongan, más*** rápido ***progresará la degradación de su sistema inmunológico. También parece que los no “vacunados” están alcanzando inmunidad sub-manada contra Covid-19, mientras que las “vacunas”*** impiden ***que los completamente “vacunados” la alcancen***.

Estados Unidos

Los datos oficiales puestos a disposición por el gobierno de los Estados Unidos y los Centros para el Control de Enfermedades sugieren ***fuertemente que los estadounidenses completamente “vacunados” están desarrollando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida***.

Pero como hemos visto, no están solos, porque más datos proporcionados por el gobierno del Reino Unido, el gobierno de Canadá o incluso el gobierno alemán, sugieren ***que la población “vacunada” en estos dos países respectivos también está desarrollando la condición debilitante***.

El CDC tiene una página útil que enumera las "infecciones oportunistas asociadas con el SIDA" que se puede ver aquí. Y aquí hay una lista de los que se denominan oficialmente 'cánceres que definen el SIDA’.

Hay una lista increíblemente larga de dolencias asociadas con el SIDA, por lo que elegimos las siguientes:

- Cánceres que definen el SIDA
- Infección por herpes
- Trastornos inmunitarios adquiridos, incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Encefalopatía (enfermedad cerebral asociada con el SIDA)
- Infecciones bacterianas/fúngicas asociadas con el SIDA (candidiasis, coccidioidomicosis, criptococosis)
- Septicemia
- Miocarditis y Pericarditis

La miocarditis y la pericarditis no están asociadas oficialmente con el SIDA, pero son, sin embargo, trastornos autoinmunes que surgen cuando el sistema inmunitario ataca al corazón. Y dado que las dos condiciones son una de las únicas reacciones adversas asociadas con la “vacunación” contra la Covid-19 publicadas por los reguladores de medicamentos, definitivamente merecían una inspección más detallada.

Para empezar, podemos hacer una búsqueda de cánceres que definen el SIDA que se han informado como reacciones adversas. Primero realizamos una

búsqueda de reacciones adversas a todas las vacunas por año y luego reacciones adversas a las inyecciones anriCovid-19.

Se extraen los resultados mostrados por los CDC para crear nuestros propios gráficos que son más fáciles de entender, por lo que no se mostrará la versión de los resultados de los CDC para otras enfermedades asociadas con el SIDA. Los resultados se pueden verificar en el sitio CDC Wonder.

El gráfico muestra la **cantidad de cánceres comunes generalmente asociados con el SIDA** que se informaron a VAERS como reacciones adversas a todas las vacunas (incluidas las inyecciones contra la Covid-19) para el año informado, y las "vacunas" contra la Covid-19 solo para el año informado. Como se puede observar, ***hubo un gran aumento en los informes en 2021 y en 2022 hasta ahora, y la gran mayoría se atribuye a las inyecciones contra Covid-19***.

La cantidad promedio de cánceres comunes asociados con el SIDA que se informaron como reacciones adversas a cualquier vacuna entre los años 2000 y 2020 equivale a 21.3. El número total de cánceres comunes asociados con el SIDA notificados como reacciones adversas en 2021 fue de 430. ***Esto representa un aumento del*** 1919%.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todas las reacciones adversas se informan a VAERS. De hecho, los CDC han admitido que solo del 1 al 10% de las reacciones adversas se notifican al sistema. Pero un análisis realizado por Jessica Rose Phd estima con precisión que el factor de subregistro es de al menos 41.3. También tenemos el informe Lazarus que confirma que se reportan sólo el 1%.

El gráfico muestra la **cantidad de trastornos inmunitarios adquiridos**, incluido el SIDA, que se informaron a VAERS como reacciones adversas a todas las vacunas (incluidas las "vacunas" contra la Covid-19) para el año informado, y las "vacunas" contra la Covid-19 solo para el año informado. Una vez más, ***hubo un gran*** aumento ***en los informes en 2021 y en 2022 hasta ahora, y la gran mayoría se atribuye a las inyecciones contra Covid-19***.

El número promedio de trastornos inmunitarios adquiridos notificados como reacciones adversas a cualquier vacuna entre los años 2000 y 2020 equivale a 31. El número total de trastornos inmunitarios adquiridos notificados como reacciones adversas en 2021 fue de 386. ***Esto representa un aumento del*** 1145%.

El gráfico muestra la **cantidad de infecciones/complicaciones de herpes** que se informaron a VAERS como reacciones adversas a todas las vacunas (incluidas las inyecciones contra la Covid-19) por el año informado, y las "vacunas" contra la Covid-19 solo por el año informado. ***Otro gran*** aumento ***en 2021 y 2022***.

El número promedio de infecciones por herpes notificadas como reacciones adversas a cualquier vacuna entre los años 2000 y 2020 equivale a 926. El

número total de infecciones por herpes notificadas como reacciones adversas en 2021 fue de 18 336. ***Esto representa un aumento de*** 1880%.

El gráfico muestra la **cantidad de casos de encefalopatía** que se informaron a VAERS como reacciones adversas a todas las vacunas (incluidas las inyecciones contra la Covid-19) por el año informado, y las "vacunas" contra la Covid-19 solo por el año informado.

La encefalopatía es el resultado del daño al cerebro y también se conoce como complejo SIDA-demencia. El promedio de casos de encefalopatía notificados como reacciones adversas a cualquier vacuna entre los años 2000 y 2020 equivale a 39.6. El número total de casos de encefalopatía notificados como reacciones adversas en 2021 fue de 745. ***Esto representa un aumento del*** 1781%.

El gráfico muestra la **cantidad de infecciones por candidiasis**, coccidioidomicosis y criptococosis que se informaron a VAERS como reacciones adversas a todas las vacunas (incluidas las "vacunas" contra Covid-19) para el año informado, y las "vacunas" contra la Covid-19 solo para el año informado.

La cantidad promedio de infecciones bacterianas/fúngicas asociadas con el SIDA que se informaron como reacciones adversas a cualquier vacuna entre los años 2000 y 2020 equivale a 15. El número total de infecciones bacterianas/fúngicas asociadas al SIDA notificadas como reacciones adversas en 2021 fue de 382. ***Esto representa un aumento del*** 2447%.

El gráfico muestra la **cantidad de casos de sepsis** que se informaron a VAERS como reacciones adversas a todas las vacunas (incluidas las inyecciones contra la Covid-19) por el año informado, y las vacunas contra la Covid-19 solo por el año informado.

La sepsis es la respuesta extrema del cuerpo a una infección. Es una emergencia médica potencialmente mortal. La sepsis ocurre cuando una infección que ya tiene desencadena una reacción en cadena en todo el cuerpo. Las infecciones que conducen a la sepsis suelen comenzar en los pulmones, las vías urinarias, la piel o el tracto gastrointestinal.

El número promedio de casos de sepsis notificados como reacciones adversas a cualquier vacuna entre los años 2000 y 2020 equivale a 75. El número total de casos de sepsis notificados como reacciones adversas en 2021 fue de 1593. ***Esto representa un aumento del*** 2024%.

El gráfico muestra la **cantidad de casos de miocarditis y pericarditis** que se informaron a VAERS como reacciones adversas a todas las vacunas (incluidas las inyecciones contra la Covid-19) por el año informado, y las "vacunas" contra la Covid-19 solo por el año informado.

La miocarditis es la inflamación del músculo cardíaco. La pericarditis es la inflamación de los sacos protectores que rodean el corazón. Ambas son condiciones autoinmunes, y los reguladores de medicamentos las han publicado

como posibles reacciones adversas a las inyecciones antiCovid-19, especialmente entre los hombres más jóvenes.

El promedio de casos de miopericarditis notificados como reacciones adversas a cualquier vacuna entre los años 2000 y 2020 es de 46. El número total de trastornos inmunitarios adquiridos notificados como reacciones adversas en 2021 fue de 15 555. ***Esto representa un aumento del* 33 715%**.

El gráfico muestra el porcentaje de todas las reacciones adversas relacionadas con el SIDA mencionadas anteriormente informadas a VAERS para todas las vacunas por año.

El* 51% *de todas las reacciones adversas asociadas con el sida notificadas desde el año 2000 se notificaron en 2021, y hasta el momento se ha notificado un* 16% *adicional en 2022.

¿Realmente debemos creer que esto es solo una desafortunada coincidencia? ¿O estamos presenciando el informe público estadounidense a los Centros para el Control de Enfermedades de que las inyecciones antiCovid-19 les están causando el síndrome de inmunodeficiencia adquirida?

Como hemos visto, ***los datos oficiales del Reino Unido, Canadá y Alemania también* sugieren *fuertemente que las inyecciones antiCovid-19 estaban causando que las personas completamente "vacunadas"* desarrollaran *la condición debilitante a través de la evidencia de una efectividad negativa de la "vacuna" y un desempeño negativo del sistema inmunológico***.

Pero ahora los datos oficiales del gobierno de los Estados Unidos y los Centros para el Control de Enfermedades confirman que probablemente ***estemos presenciando el* desarrollo *del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, con enfermedades e infecciones asociadas con el SIDA reportadas a VAERS aumentando entre* 1145% y 33 715% *en 2021 tras la introducción de las inyecciones antiCovid-19***.

Una dosis de realidad

Si toma una "vacuna" de refuerzo, estas cifras muestran que se está administrando una forma progresiva aún más rápida de SIDA. Cuantas más "vacunas" contra la Covid tomen las personas, y cuanto más tiempo pase desde las inyecciones, mayor será la destrucción de su función inmune natural. Como hemos visto, ***con el tiempo, sus sistemas inmunológicos se acercan a* cero funcionalidad práctica*, lo que podría causar que se les diagnostique* SIDA*, lo que simplemente significa un síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Resulta que se puede* adquirir *a partir de "vacunas"***. ***El análisis de riesgo-beneficio para estas "vacunas" se ha convertido ahora en un análisis de riesgo-detrimento para todas las personas.***

Con varios miles de millones de personas en todo el planeta que se han inyectado estas "vacunas" que causan SIDA, significa que ***estamos viendo una explosión***

global de diagnósticos de SIDA que hace que las personas sean extremadamente vulnerables a infecciones comunes como los resfriados y la gripe.

Los mismos fabricantes de "vacunas" que causaron ***este problema están listos, implementando nuevas "vacunas contra el SIDA" utilizando tecnología de ARNm, supuestamente para "tratar" a aquellos que han suprimido los sistemas inmunológicos causados por las primeras "vacunas***". En efecto, ***todo este proceso*** implica ***destruir el sistema inmunológico natural y reemplazarlo con inyecciones de "vacunas" regulares y de alto beneficio que están aprobadas por la FDA para uso anual***.

Eso es exactamente lo que la FDA está planeando hacer, según un nuevo vídeo i publicado por Project Veritas. Ese vídeo, que se muestra a continuación, revela una grabación de video del oficial ejecutivo de la FDA, Christopher Cole, quien explica que la FDA planea aprobar las "vacunas" Covid-19 como inyecciones anuales. Del Proyecto Veritas:

El director ejecutivo de la FDA, Christopher Cole, dijo: "***Tendrá que recibir una 'vacuna' anual contra la Covid***. Quiero decir, aún no se ha anunciado formalmente porque no quieren, por ejemplo, irritar a todos".

Cole sobre las compañías farmacéuticas: "***Hay un*** incentivo monetario ***para que Pfizer y las compañías farmacéuticas promuevan 'vacunas' adicionales***".

Cole sobre el incentivo financiero para las compañías farmacéuticas: "***Será una fuente*** recurrente ***de ingresos. Puede que no sea tanto inicialmente, pero será recurrente. Si pueden obtener todas las personas requeridas en una 'vacuna' anual, eso es un retorno recurrente del dinero que ingresa a su empresa***".

Con cada inyección posterior, las víctimas de la "vacuna" están siendo expuestas ***a nanopartículas de proteína espiga que inducen coágulos de sangre. Estas nanopartículas también causan miocarditis, trastornos neurológicos, accidentes cerebrovasculares y el crecimiento acelerado de tumores cancerosos***.

Esto significa ***que además de ver una explosión de SIDA inducido por "vacunas" en los próximos años, también vamos a ver una explosión en las muertes por cáncer***.

Estas "vacunas" contra la Covid están capacitadas para matar ***a millones de personas en los próximos años a través de una variedad de mecanismos (supresión inmune, aceleración del crecimiento del cáncer, inflamación vascular, coágulos sanguíneos, etc.)***. Y todo ***esto*** significará ***ganancias récord para los hospitales y las compañías farmacéuticas cuyos "tratamientos" para todas estas condiciones reciben protecciones***

de monopolio por parte de la FDA (que es financiada en gran parte por la propia Big Pharma).

Ambos ARNm (Pfizer 162b2 y Moderna 1273) codifican la proteína espiga exacta del supuesto virus SARS-CoV-2, con dos mutaciones menores de "prolina" para estabilizar las moléculas de proteína S que floten libres y evitar su escisión. Por lo tanto, cada persona ***supuestamente infectada con Covid, y cada "afortunado" receptor de dos dosis de la "vacuna" Covid y dosis de refuerzo, también*** recibe ***los motivos del VIH Gp120 y Gp41***. Qué evento (supuesta infección por Covid o "vacunación") produce más proteína de pico, es muy variable según la carga viral de Covid y la técnica de inyección de la "vacuna".

Sin contar con las dosis sucesivas, la "vacunación", teóricamente, nos brinda tanta proteína espiga como una teórica infección por Covid. La peor parte de esto es que la supuesta infección por Covid generalmente desaparece en una semana, pero la producción de proteína de pico en los "vacunados" continúa durante 60 días, exponiendo a las personas "vacunadas" a mucho más daño de proteína de pico. Otro estudio muestra que se encontraron exosomas de ARNm cuatro meses después de la "vacunación". Ambos estudios solo observaron 60 días y cuatro meses, respectivamente. **El** vínculo **las "vacunas" contra el VIH, SARS-CoV-2 y Covid existe a través de motivos de VIH insertados en el código de proteína de pico** de SARS-CoV-2. Aquí tenemos un vídeo del Dr. Richard Fleming discutiendo los hallazgos de Luc Montagnier sobre el VIH en la "vacuna" Covid.

Recientemente se publicó un artículo científico sobre el teórico virus supuestamente relacionado con Covid-19. El documento no fue escrito por un grupo de científicos al azar, sino por personas del Instituto de Virología de Wuhan, incluido el infame Shi Zheng-Li. Se envió originalmente en septiembre de 2021 y se revisó en enero de 2022, antes de publicarse finalmente el 11 de marzo de 2022.

El paper afirma lo siguiente:

- Muchos pacientes que supuestamente tenían SARS-CoV-2 grave tenían "linfopenia", es decir, agotamiento de las células de linfocitos T inmunes más importantes.

- Este agotamiento fue causado por el suicidio celular (apoptosis) de las células T después de la supuesta infección.

- Este tropismo (atracción por) las células T y la capacidad de infectarlas NO ESTÁ RELACIONADO con la forma habitual en que el supuesto SARS-CoV-2, supuestamente, infecta otras células que expresan los receptores ACE2 y TMPRSS2, porque las células T no tienen esos receptores.

- La infección de las células T se produce a través de "LFA-1, la proteína que se expresa exclusivamente en múltiples leucocitos".

- Resulta que la proteína gp120 del VIH es la que "activa la LFA-1 en los linfocitos T CD4 y aumenta la susceptibilidad celular a la leucotoxina dirigida a la LFA-1".

- La proteína gp120 del VIH también se trasplantó "misteriosamente" en SARS-CoV-2.

- Además, ***la proteína gp120 se encuentra en la proteína de pico del supuesto SARS-CoV-2, y la proteína de pico se usa en todas las inyecciones antiCovid-19 disponibles***.

Entonces, ***el supuesto SARS-CoV-2*** destruye ***las células T inmunitarias al igual que lo hace el VIH. También tiene un*** inserto ***de VIH gp120 trasplantado, y es ese inserto de gp120 específico el que permite que el VIH*** ingrese ***a los linfocitos a través del mismo receptor LFA-1. El mecanismo primario del SIDA es el*** agotamiento ***de las células CD4. Para SARS-CoV-2, supuestamente, también*** vemos ***el agotamiento de las células CD4 y CD8***.

Durante los últimos dos años hemos escuchado cómo SARS-CoV-2 infecta células que expresan el receptor ACE-2 y la proteína TMPRSS2. Nuestras células T no tienen ninguno de esos, el artículo del Instituto de Virología de Wuhan encontró el mecanismo: los receptores LFA-1. Curiosamente, ***el VIH también usa el mismo receptor LFA-1 para*** ingresar ***a los linfocitos y usa la misma proteína gp120 para facilitar la entrada***.

La Dra. Elizabeth Eads, que ha estado trabajando en su campo durante 25 años, le dijo a Greg Hunter de USA Watchdog que las personas que se inyectan tres dosis de "vacuna" antiCovid muestran los peores signos del SIDA inducido por la "vacuna" (VAIDS). Eads y su equipo están tratando de idear remedios para ayudarlos, pero la situación es difícil. Hasta ahora, han probado la hidroxicloroquina (HCQ) y la ivermectina, pero nada está ayudando a sus pacientes dañados por pinchazos.

"Sí, ahora estamos viendo inmunodeficiencia adquirida relacionada con la "vacuna" en el hospital debido a la triple vacuna", dijo Eads. "Es una lesión por "vacuna", y no estamos realmente seguros de cómo tratarla. Estamos tratando de usar todo lo que se nos ocurra para aumentar los recuentos de CD4 y CD8 y revertir este colapso, esta calamidad del colapso inmunológico. Es muy impresionante". Aquí podemos ver su entrevista.

Eads dijo que está viendo una tendencia en la que ***las personas que están peor en términos de mostrar síntomas autoinmunes o neurodegenerativos son las que*** recibieron ***la mayor cantidad de inyecciones***.

La tercera dosis, en otras palabras, básicamente ha destruido ***sus sistemas inmunológicos***. De una o dos dosis podrían recuperarse, o tal vez conseguir que sus sistemas inmunológicos dañados tarden mucho más en degradarse.

"Si observa el estudio reciente de Stanford, y solo voy a leer un par de oraciones del estudio de Stanford: ***'La proteína de punta en las "vacunas' antiCovid-19 de la que todos hablan se llama lentivirus. El lenti contiene una combinación de VIH, tipos uno a tres, SRV/1, que es SIDA, MERS y SARS'"***, explicó.

Los lentivirus son virus cuyo período de incubación es muy largo. Su nombre contiene el prefijo latino lenti-, aludiendo a la demora con que aparecen o la lentitud con que se desarrollan los signos de las infecciones que producen.

En la clasificación formal propuesta por el ICTV los lentivirus forman un género con este nombre, clasificado dentro de la familia Retroviridae, en la subfamilia Orthoretrovirinae. Ésta incluye virus cuyo genoma se basa en ARN, replicándose a través de la formación por retrotranscripción de un ADN provisional. Los retrovirus dependen de enzimas transcriptasas inversas para la retrotranscipción y de integrasas para que su ADN sea insertado en el genoma del hospedador.

Los lentivirus tienen la propiedad de ser capaces de infectar células que estén en contacto con la que ocupan sin necesidad de formar partículas extracelulares (viriones)

"***En el estudio de Stanford, el*** lentivirus ***más conocido es el patógeno de la inmunodeficiencia humana, que causa el SIDA. Es por eso que estamos viendo un*** declive autoinmune ***y neurodegenerativo después de la 'vacuna' Covid-19, especialmente tras el refuerzo. Cambia*** permanentemente ***el genoma de la célula. Es por eso que esto es tan aterrador para nosotros en la comunidad médica. Simplemente no sabemos cómo*** atacar ***esto***".

Según Eads, ***el lentivirus de la espiga está formado por el VIH y el SIDA, junto con el SARS y el MERS. Ésta, dijo, es la razón por la que tanto los "vacunados" como los "reforzados" se enferman gravemente y mueren***.

"Es por eso que también dominan las hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad de Covid", enfatizó Eads.

Desde aproximadamente abril hasta el verano, Eads espera ver ***muchos más casos de SIDA diagnosticados en personas totalmente "vacunadas", y especialmente en el grupo demográfico de 18 a 39 años. Durante el próximo año, los totalmente "vacunados" de 40 y 50 años*** alcanzarán ***al grupo más joven a medida que sus sistemas inmunológicos comiencen a colapsar***.

Otra cosa que estamos viendo es un fuerte aumento en los casos de cáncer entre los inoculados. El neoplasma maligno del esófago aumentó un 794%, mientras que el neoplasma maligno del estómago, el colon y el páncreas aumentó un 524%. ***El cáncer de mama aumentó un 387%, el cáncer de ovario aumentó un 537%, el cáncer de testículo aumentó un 269%. Estos son números de 2021"***, reveló Eads.

El fundador de Alliance for Natural Health International (ANH), Rob Verkerk, advirtió que las inyecciones repetidas de la "vacuna" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19) ***podrían* socavar *la capacidad del cuerpo para defenderse de las infecciones de forma natural***.

Citó las palabras del Dr. Geert Vanden Bossche, quien desaconsejó las "vacunas" contra la Covid-19 en diciembre de 2021:

"***Debido a que los (supuestos) anticuerpos 'vacunales' suprimen anticuerpos innatos relevantes, estas 'vacunas' no tienen capacidad alguna para conferir inmunidad esterilizante. Además, los (supuestos) anticuerpos 'vacunales' tienden a superar a los anticuerpos innatos para unirse al (supuesto) SARS-CoV-2*** debido a su mayor afinidad por el virus".

"Esto se aplica particularmente a los anticuerpos en niños innatos ingenuos y ya ***explica por qué la vacunación Covid-19 corre el riesgo de debilitar drásticamente la primera línea de defensa inmunológica de las personas, especialmente en los niños***".

El experto belga advirtió que la "vacunación" masiva contra la Covid-19 es "***un asalto al sistema inmunológico de las personas***" que conlleva "***consecuencias dramáticas tanto para la salud individual como para la pública***". Reiteró que la inmunidad natural está "bien armada para proteger" contra todas las (supuestas) variantes de la Covid-19 y otros virus responsables de causar enfermedades respiratorias agudas.

Verkerk, también director ejecutivo de ANH, citó ***el aumento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida inducido por la "vacuna"*** (VAIDS, por sus siglas en inglés), que denominó como la pieza del rompecabezas "que conecta la erosión inmunológica potencial con el VIH [virus de inmunodeficiencia humana]". Advirtió: "***Con el aumento de la frecuencia de exposición de las personas a las inyecciones antiCovid-19 que erosionan la inmunidad innata y alteran las respuestas inmunitarias mediadas por células, es muy probable que seamos testigos de un aumento en los casos de SIDA***".

Hizo referencia a un artículo de febrero de 2020 del científico y matemático francés Jean Claude Pérez sobre el patógeno SARS-CoV-2. ***Usando simulación por computadora, encontró fragmentos del genoma de dos variantes de retrovirus, el VIH y el virus de la inmunodeficiencia simia (SIV), en el genoma de referencia del SARS-CoV-2 original*** que surgió del mercado de mariscos de Huanan en Wuhan.

Pérez argumentó que es poco probable que estos virus lleguen a una cueva de murciélagos o a un animal, vivo o muerto, en el mercado de Wuhan.

Un estudio posterior que involucró a Pérez y al difunto profesor Jean-Luc Montagnier elaboró los hallazgos de la observación de febrero de 2020. El artículo de julio de 2020 de la pareja publicado en el International Journal of Research señaló que ***el 2.5% del supuesto genoma del SARS-CoV-2 de Wuhan***

contenía 18 inserciones de fragmentos de ARN de SIV o VIH. Dado que los fragmentos tenían entre 18 y 30 nucleótidos de longitud, Pérez y Montagnier argumentaron que ***estos tenían la capacidad de modificar la expresión génica en humanos expuestos al patógeno que causa la Covid-19***.

Según los investigadores franceses, ***las inserciones de ARN probablemente se insertaron en el virus con un doble propósito: para la investigación de ganancia de función y el diseño de vacunas***.

Refuerzos

Las dosis de refuerzo de la "vacuna" antiCovid formarán parte de un ciclo interminable que se administrara varias veces al año. Después de las dos primeras dosis de la "vacuna" inicial y una tercera dosis de refuerzo, ya se ha autorizado a aplicar un cuarto refuerzo; como dijo Stéphane Bancel, CEO de Moderna, "es probable que la efectividad del tercer refuerzo disminuya después de algunos meses, por lo que se requerirá de otra dosis de refuerzo, algo que es corroborado por los funcionarios de salud que primero enfatizaron que era necesaria una tercera dosis de refuerzo y ahora dicen que "la mayoría de las personas necesitan más dosis de refuerzo"; además recomiendan que todas las personas mayores de 12 años reciban el refuerzo de Pfizer-BioNTech al menos cinco meses después de recibir las primeras dosis.

"Muchos políticos y fabricantes de 'vacunas' propusieron aplicar dosis de refuerzo cada 3 o 4 meses, como si la disminución de anticuerpos fuera un signo de pérdida de inmunidad", dijo Girardot, analista de la Covid. "Pero la realidad es que solo utilizan los niveles de anticuerpos como excusa. Es su cortina de humo para ocultar el fracaso y la poca efectividad de estas 'vacunas' intramusculares".

Las dosis de refuerzo de la "vacuna" antiCovid-19 pierden ***su efectividad muy rápido, de hecho, se*** demostró ***que cuatro meses después la protección disminuye***. Los datos presentados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, siguen el mismo patrón de pésima efectividad que demostraron las primeras dosis de "vacunas" antiCovid-19 de ARNm, cuya supuesta efectividad también disminuye en cuestión de meses.

El estudio financiado por los CDC involucró datos de 10 estados recopilados desde el 26 de agosto de 2021 hasta el 22 de enero de 2022, períodos durante los cuales circularon las supuestas variantes Delta y Ómicron. Se analizaron las visitas a las salas de emergencia, así como las hospitalizaciones de las personas que buscaron atención médica por supuesto Covid-19. El estudio no incluyó casos más leves de supuesto Covid-19, ya que no requirieron atención médica.

Por esta clara falta de efectividad se ha generado ***la idea de crear "vacunas" continuas en el futuro, lo que podría tener serias*** consecuencias ***para la salud humana***.

Moderna, Pfizer y otros fabricantes de "vacunas" comenzaron a realizar ensayos clínicos para las "vacunas" antiCovid-19 que se dirigen especialmente a la

variante Ómicron, un movimiento cuestionable ya que ***siempre estarán un*** paso por detrás ***de la última supuesta variante***. Hasta ahora, los estudios no han podido demostrar ninguna ventaja de las nuevas "vacunas".

Un estudio analizó el descenso de la efectividad de diferentes "vacunas" contra Covid-19. Está realizado antes de la aparición de Ómicron y, como muestra el gráfico, ***llega a*** detectar ***efectividades negativas con el paso del tiempo***.

Los hallazgos de este estudio muestran que hubo ***una disminución progresiva de la efectividad de la "vacuna" de Pfizer contra la infección por SARS-CoV-2 de cualquier gravedad***, sin que se detecte efectividad de la "vacuna" a partir de los 7 meses.

Para hospitalización o muerte por Covid-19, la efectividad de las "vacunas" disminuyó ***a partir de los 4 meses***.

La teórica protección ofrecida contra la variante Ómicron de la Covid-19 se desvanece rápidamente ***tras una segunda y tercera dosis de la "vacuna" de Pfizer-BioNtech***, según un estudio revisado por expertos y publicado en la Red JAMA.

El estudio descubrió que había una rápida disminución de los anticuerpos séricos neutralizantes específicos de Ómicron solo unas semanas después de la administración de la segunda y tercera dosis de la "vacuna".

Los autores dijeron:

"Nuestro estudio encontró una rápida disminución de los títulos de anticuerpos séricos neutralizantes específicos para Ómicron solo unas semanas después de la segunda y tercera dosis", dice un resumen del estudio, y añade que "la disminución observada en los títulos de anticuerpos neutralizantes de la población corresponde a la disminución de la eficacia de la 'vacuna' contra la infección de Ómicron confirmada por la reacción en cadena de la polimerasa en Dinamarca y la infección sintomática de Ómicron en el Reino Unido".

Los niveles de anticuerpos, que se asocian a la protección contra futuras infecciones, disminuyeron ***a las pocas semanas de recibir las "vacunas"***.

La proporción de anticuerpos específicos de Ómicron cayó del 76% cuatro semanas después de la segunda dosis al 53% entre la octava y la décima semana. Entre las semanas 12 y 14, estos niveles se redujeron aún más, hasta alcanzar solo el 19%, según el estudio.

Un estudio que analizó una "vacuna" específica para la supuesta variante Ómicron en macacos concluyó lo siguiente: "***Es posible que el refuerzo para la variante Ómicron no proporcione mayor inmunidad ni protección en comparación con una dosis de refuerzo de la 'vacuna' actual de ARNm-1273***". Se encontraron resultados similares en un estudio con ratones, que reveló "***diferencias limitadas en la efectividad" entre las "vacunas" de refuerzo***

de ARNm originales y las específicas para Ómicron. En los ratones que no habían recibido las "vacunas" antiCovid-19, la dosis específica para la supuesta variante Ómicron, ***supuestamente solo produjo niveles de anticuerpos contra esa variante y no fue*** efectiva ***contra otras variantes***. Como informó la revista Nature:

"'Lo que estos estudios demuestran son las reglas de participación del sistema inmunológico cuando se refuerza con una vacuna contra la variante' dice el investigador de 'vacunas' antiCovid-19 David Montefiori. ***Esas reglas sugieren que las dosis de refuerzo de una 'vacuna' tal vez no sean la solución***. Existen preguntas importantes que aún se deben abordar".

Como ya hemos demostrado, ***obligar al cuerpo a producir anticuerpos específicos para una proteína Spike no se puede*** comparar ***con la protección que proporciona la inmunidad natural***, la cual se produce después de recuperarse de la enfermedad.

Los primeros datos sobre el SARS-CoV-2 también descubrieron que los títulos de anticuerpos disminuyeron muy rápido en los primeros meses después de recuperarse del Covid-19, lo que llevó a algunas personas a especular de manera errónea que la inmunidad protectora contra el supuesto SARS-CoV-2 también podría ser de corta duración. Pero ***no debe confundir los niveles de anticuerpos con los niveles de inmunidad. Es normal que los anticuerpos disminuyan después de una infección aguda***.

Veamos algunas afirmaciones que hacen, entre otros, a este respecto desde America's Frontline Doctors:

1. ***No existe una correlación entre los niveles de anticuerpos y la protección contra la infección***.

2. ***Los niveles significativos de anticuerpos no se traducen en una protección significativa contra la infección.***

3. ***Algo más que los anticuerpos es en gran parte responsable de la inmunidad.***

4. ***No hay pruebas de que los refuerzos confieran ningún beneficio, dado que aumentar los niveles de anticuerpos, no implica mayor protección, hay que demostrar una correlación entre los niveles de anticuerpos y la protección contra la infección.***

5. ***La inmunidad natural es superior a la inmunidad conferida por las "vacunas" Covid***.

6. ***Todos los estudios de investigación que afirmen demostrar que las inyecciones antiCovid confieren protección contra la infección por Covid y/o enfermedades graves y/o la muerte basándose en el hecho de que las inyecciones aumentan los niveles de anticuerpos son basura. Estos incluyen los ensayos de Pfizer para el grupo de***

edad de 5 a 11 años y sus ensayos para el grupo de edad de 6 meses a 5 años.

Las "vacunas" le indican a su cuerpo que debe comenzar a producir anticuerpos, y eso es lo que sucede cada vez que se aplica una dosis de refuerzo, y mantener niveles elevados de anticuerpo durante un tiempo prolongado pone su salud en grave riesgo.

Según Girardot, ***los anticuerpos artificiales causados por las dosis de refuerzo repetidas le indican a su cuerpo que siempre está infectado, y esa respuesta del sistema inmunológico podría ser perjudicial, ya que podría llevarlo a la "zona de muerte" que acelera el desarrollo de enfermedades autoinmunológicas como el párkinson, la enfermedad de Kawasaki y esclerosis múltiple***.

Nuestros cuerpos organizan una respuesta intensa a la infección, que incluye fiebre alta para dañar los patógenos, mayores niveles de células T y una mayor producción de anticuerpos para eliminar los "desechos virales" de su cuerpo. Se supone que esto es una respuesta temporal; una vez que se neutraliza la amenaza, su cuerpo reduce su respuesta inmunológica.

Mantener ***niveles elevados de anticuerpos de manera prolongada puede deteriorar su salud y acelerar el desarrollo de enfermedades autoinmunes como el Parkinson, la enfermedad de Kawasaki y la esclerosis múltiple***, dijo Marc Giradot, un líder en tecnología y analista de la Covid, que insiste ***en que detengan la aplicación de dosis de refuerzo antes de que sea demasiado tarde***.

La respuesta a una infección incluye fiebre alta para dañar los viriones, mayores niveles de células T y una mayor producción de anticuerpos para eliminar los "desechos virales" del cuerpo, pero ***esta respuesta está diseñada para ser temporal, una vez que se neutraliza la amenaza, su cuerpo reduce su respuesta inmunológica***. De acuerdo con Girardot:

"Una vez que la infección desaparece, se quedan unos cuantos centinelas en la mucosidad para mantener bajo control el resto de la epidemia, se colocan algunos centinelas itinerantes con memoria inmunológica y todo lo demás vuelve a la normalidad. A esto se le conoce como homeostasis. La fiebre desaparece. Las células T se autodestruyen con rapidez. Y los anticuerpos disminuyen poco a poco".

Este es el proceso natural, ya que la fiebre crónica y la producción prolongada de anticuerpos pueden mantener nuestro cuerpo en estado de riesgo. Al igual que el estrés crónico, ***mantener su cuerpo en un estado prolongado de "modo de lucha o huida", así como mantener niveles elevados de anticuerpos de manera permanente, incrementa el riesgo de enfermedades***. Girardot da tres razones:

"1. La fiebre crónica termina por destruir todas las células sanas, así que en lugar de protegerlo se convierte en una amenaza.

2. Mantener niveles elevados de células T también es peligroso porque pueden comenzar a atacar a las células sanas (como suele ocurrir con los tratamientos para inhibir el punto de control inmunitario contra el cáncer), lo que sería como tratar de defenderse con una granada en la mano, pero sin pasador.

3. Por último, mantener niveles elevados de anticuerpos también es muy peligroso. Ya que al no tener a donde ir, podrían unirse de manera pasiva a los receptores de las células sanas y causar una serie de enfermedades autoinmunes. Así que por donde lo vea, existe una amenaza".

Nuestro sistema inmunológico está diseñado para funcionar en respuesta a la exposición a un agente infeccioso. Nuestro sistema inmunológico adaptativo produce los anticuerpos que se utilizan para combatir los patógenos a los que se expone su cuerpo. Durante una infección, la fiebre y los niveles elevados de células T que producen los anticuerpos, se normalizan poco a poco.

Pero no debe confundir los niveles de anticuerpos con los niveles de inmunidad. Los primeros datos sobre el SARS-CoV-2 también descubrieron que los títulos de anticuerpos disminuyeron muy rápido en los primeros meses después de recuperarse del Covid-19, lo que llevó a algunas personas a especular de manera errónea que la inmunidad protectora contra el SARS-CoV-2 también podría ser de corta duración.

Mantener ***niveles elevados de anticuerpos durante mucho tiempo daña la salud***. Por ejemplo, se sabe que hay enfermedades autoinmunes que se relacionan con los niveles elevados de anticuerpos. La autoinmunidad inducida por vacunas es un fenómeno bien conocido y se cree que el mimetismo molecular está detrás de todo esto. Ocurre cuando el sistema inmunológico se confunde por las similitudes entre los diferentes antígenos. Ya que ***suele haber grandes similitudes entre los compuestos de la "vacuna" y las proteínas humanas, lo que puede provocar reactividad inmunológica cruzada***.

De acuerdo con los investigadores en Cellular & Molecular Immunology, cuando esto ocurre, "la reacción del sistema inmunológico a los antígenos patógenos también puede dañar las proteínas humanas similares, lo que causa una enfermedad autoinmune. Al referirse a las "vacunas" antiCovid, los investigadores escribieron en el Journal of Autoimmunity: "de hecho, los anticuerpos contra la proteína spike S1 del SARS-CoV-2 también tenían una gran afinidad contra algunas proteínas del tejido humano". ***Cuando el ARNm de la 'vacuna' codifica la misma proteína viral, puede causar enfermedades autoinmunes en pacientes predispuestos***".

Los reportes de casos clínicos sugieren que ***las "vacunas" antiCovid pueden causar hepatitis autoinmune***, y a Girardot le preocupa que las dosis de refuerzo solo empeoren esta situación, por lo que dijo:

"***En el caso de una infección, el riesgo es muy mínimo, ya que la mayor parte de los anticuerpos terminan por unirse al material viral que circula en grandes cantidades***. Pero en el caso de las dosis repetidas, es muy diferente.

Después de la segunda dosis, ***es probable que se produzcan pocas proteínas Spike, ya que las células T combaten su capacidad de producirse. Por lo tanto, para la mayoría de las personas, al producir tantos anticuerpos, muchos se quedarán inactivos y circulando sin rumbo, lo que incrementa de forma exponencial (tiempo x cantidad) el riesgo de una unión accidental, lo que tiene consecuencias catastróficas***".

Obligar ***al cuerpo a producir anticuerpos específicos para una proteína Spike no se puede comparar con la protección que proporciona la inmunidad natural, que se produce después de recuperarse de la enfermedad***. Al hablar con el periodista Daniel Horowitz, el patólogo Dr. Ryan Cole explicó que la inmunidad natural produce un tipo de inmunidad que no tienen nada que ver con el tipo de inmunidad que produce la "vacuna":

"Una infección natural induce cientos y cientos de anticuerpos contra todas las proteínas del virus, incluyendo la envoltura, membrana, nucleocápside y Spike. Docenas y docenas de estos anticuerpos neutralizan el virus cuando se encuentran de nuevo.

Además, debido a la exposición del sistema inmunológico a estas proteínas (epítomas), nuestras células T también organizan una memoria sólida. Nuestras células T son las "defensas" del sistema inmunológico y la primera línea de defensa contra los patógenos. La memoria de las células T para las personas infectadas con SARS-CoV-1 es de 17 años y aun funciona".

En un artículo reciente del New York Times titulado: "¿Podrá 'El refuerzo permanente' vencer al coronavirus?", la información clave revelada es sobre un fenómeno inmunológico conocido en la literatura médica como "pecado antigénico original", el cual desarrollo en el presente informe.

Han tenido que admitir cosas que científicos sin conflicto de intereses, que ellos han tildado de antivacunas, han estado alertando durante ya más de 2 años, la conclusión clave de la mayor parte del artículo del Times es que ***sus científicos referentes se muestran escépticos de que recibir continuamente inyecciones de "refuerzo" sea una solución factible al problema Covid***. Por un lado, los estudios ya muestran que "el aumento de la inmunidad es transitorio" e "incluso en los niveles máximos de anticuerpos" no es eficaz contra la infección con la supuesta variante Ómicron ahora, supuestamente, dominante.

"No tiene sentido seguir combatiendo una cepa que ya se ha ido", cita el Times al inmunólogo Ali Ellebedy.

The Times no lo explica, pero lo que quiere decir el Dr. Ellebedy es que las "vacunas" están diseñadas para inducir una respuesta inmune solo a la proteína

de pico (Spike) de la cepa original de Wuhan del SARS-CoV-2, que ahora está extinta (excepto dentro de laboratorios).

Al final del artículo, el Times analiza cómo ***la administración repetida de dosis de "refuerzo" a las personas también podría tener un efecto dañino en lugar de beneficioso***. Esta es una lección aprendida de las vacunas contra la influenza, también admite el Times. Vacunarse contra la gripe todos los años "tiene un rendimiento decreciente", explica el Times citando al epidemiólogo Ben Cowling.

Hay dos formas en las que podría resultar contraproducente:

- El primero es un fenómeno "en el que ***el sistema inmunológico se agota por la estimulación repetida, una condición llamada 'anergia', y deja de responder a las 'vacunas' contra el coronavirus***".
- La segunda forma en que "vacunarse" podría dañar la inmunidad de manera plausible se conoce como "***Pecado Antigénico Original***".

Llegados a este punto es importante desarrollar lo que se conoce como "agotamiento inmune" (ver aquí) ***y lo que se conoce como "Pecado Antigénico Original"*** (ver aquí).

¿Qué sucede si administramos una inyección de refuerzo de la misma vacuna?

Ahora estarán presentes los anticuerpos contra el antígeno en cuestión. Sin embargo, a diferencia de un virus propiamente dicho, las partículas de la "vacuna" contienen solo el modelo de ARNm, pero no copias de proteínas del antígeno. Por lo tanto, ***los anticuerpos no podrán reconocer y adherirse a las partículas de la "vacuna"***. En consecuencia, ***nada puede evitar que el ARNm entre en las células del cuerpo y exprese el antígeno, y que el sistema inmunitario ataque esas células***. Lo que es más, ***el sistema inmunológico ya estará preparado para atacar más rápido y con más fuerza***.

Lo mismo sucederá ***no solo después de la segunda inyección, sino después de todas y cada una de las inyecciones de refuerzo***. De manera similar, ***las personas que ya han tenido Covid-19 y, por lo tanto, han adquirido inmunidad natural tienen un mayor riesgo de eventos adversos incluso después de la primera inyección de la "vacuna" de ARNm***. Podrá sacar sus propias conclusiones con respecto a la sabiduría de sentenciar a las personas, en muchas jurisdicciones, incluidas incluso aquellas con inmunidad natural documentada, a una serie aparentemente interminable de vacunas de refuerzo de ARNm contra Covid-19.

Una característica de los ancianos es la capacidad deficiente para generar anticuerpos contra nuevas amenazas patógenas, y esto se refleja en la incapacidad de generar anticuerpos protectores en respuesta a la "vacunación". Se ha demostrado en experimentos con ratones que los ratones viejos tienen una sobreabundancia de células B de memoria de larga duración

(experimentadas con antígenos), y esto se combina con la incapacidad de generar nuevas células B a partir de células progenitoras en la médula ósea, así como deterioro en el proceso de refinamiento de la respuesta de anticuerpos en los centros germinales en el bazo y el cambio de clase asociado que produce anticuerpos IgG efectivos. Una reducción significativa en la cantidad de células B foliculares vírgenes, combinada con una capacidad disminuida para convertirlas en células B de memoria maduras, deja a estos ratones envejecidos altamente vulnerables a nuevas infecciones. Es probable que el mismo principio se aplique a los humanos. Una conclusión plausible es que ***las campañas de vacunación agresivas aceleran el ritmo al que el sistema inmunitario de un individuo alcanza un estado "envejecido" debido a la generación exuberante de células B de memoria en respuesta a los estímulos artificiales inducidos por la vacunación repetida***.

Ahora se ha confirmado que el componente S1 de la proteína de pico aparece en la sangre un día después de la primera "vacuna" de ARNm y permanece detectable bastante tiempo después de la "vacunación". ***Para las personas inmunocomprometidas, es probable que permanezca en la sangre mucho más tiempo, exponiendo todos los tejidos (el bazo, el corazón, el cerebro, las gónadas, etc.) a la proteína espiga tóxica similar a un prión***.

Investigadores del New England Journal of Medicine han descubierto que ***la respuesta autoinmune a la proteína del pico del coronavirus puede durar indefinidamente***: "Los anticuerpos Ab2 que se unen al receptor original en las células normales, por lo tanto, tienen el potencial de mediar efectos profundos en la célula que podrían resultar en cambios patológicos, sobre todo a largo plazo, mucho después de que el propio antígeno original haya desaparecido". Estos anticuerpos producidos contra la proteína de pico de coronavirus podrían ser responsables de la ola actual sin precedentes de miocarditis y enfermedades neurológicas, e incluso más problemas en el futuro.

La respuesta autoinmune indefinida e incontrolada a la proteína de pico de coronavirus puede producir una ola de anticuerpos llamados anticuerpos anti-idiotipo o Ab2s que continúan dañando el cuerpo humano mucho después de eliminar el SARS-CoV-2 o las proteínas de pico que las inyecciones hacen que las células del cuerpo produzca, explicó el ex reportero del New York Times Alex Berenson.

Los anticuerpos de proteína de pico pueden producir ellos mismos una segunda ola de anticuerpos, llamados anticuerpos anti-idiotipo o Ab2. Esos Ab2 pueden modular la respuesta inicial del sistema inmunológico al unirse y destruir la primera ola de anticuerpos.

El estudio titulado (traducido del inglés) "Teoría de la autoinmunidad como una criticalidad auto-organizada", fue desarrollado por Tsumiyama y colaboradores y publicado en la revista PLoS en el 2009 aborda la relevancia de las inmunizaciones repetidas (hiperestimulación) para el desarrollo de procesos de autoinmunidad. Utilizaron ratones como modelo, y los inocularon repetidamente con la enterotoxina B de estafilococos (SEB) cada cinco días. Encontraron que ***la***

inmunización repetida con el antígeno (recordemos que un antígeno es una parte de una molécula - casi siempre una proteína - que nuestro sistema inmune identifica como ajena) ocasionaba autoinmunidad sistémica en los ratones. En particular, ***la* sobreestimulación *de los linfocitos T CD4+ condujo a la inducción de células conocidas como T aiCD4+, que son células que tuvieron una "revisión" de sus receptores y que son capaces de inducir auto anticuerpos (en particular, anticuerpos contra el ADN de cadena doble). A su vez, los linfocitos CD8+ sobreestimulados se volvieron* citotóxicos *específicos para ese antígeno, y ocasionaron daño autoinmune en los tejidos, parecido al lupus eritematoso sistémico (SLE, por sus siglas en inglés)***.

Las conclusiones de los autores fueron contundentes: "***la autoinmunidad sistémica es la consecuencia inevitable de sobreestimular el sistema inmune del hospedero por la inmunización repetida con ese mismo antígeno, a niveles que sobrepasaron la autoorganización crítica" del cuerpo***.

Este estudio fue publicado en 2009, cuando aún se podían publicar cosas que podrían ser incómodas para las autoridades y para la narrativa oficial. Pero si pensamos que se está pidiendo a la gente que se inocule una y otra y otra vez para "protegernos" de un virus que tiene una de las tasas de letalidad más bajas de los virus que infectan humanos, entonces necesitamos preguntarnos exactamente qué es lo que vamos a ver en el futuro cercano. Podemos hacer una predicción; ***un* incremento notorio *en los casos de enfermedades autoinmunes en la gente inoculada, con una evidente tendencia de relación directa, en donde más dosis de "vacuna" Covíd-19 lleve a una mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes***.

Para el sistema inmune aplica muy bien la frase: ni tanto que queme al santo, ni tan poco que no lo alumbre. Debemos preguntarnos si es necedad, falta de conocimiento, deterioro cognitivo o conflicto de interés que lleva a algunos médicos, inmunólogos y otros científicos a seguir clamando las bondades y necesidad de recibir más dosis.

En un editorial del 13 de abril de 2022 en el New England Journal of Medicine (NEJM) "Covid-19 Boosters — Where from Here?" El Dr. Paul Offit MD comienza con el elogio obligatorio para las "vacunas" mRNA Covid-19, pero luego cambia abruptamente a una ***nota de alarma muy seria sobre el uso continuo de refuerzos***.

NEJM ha estado en el nexo de la publicación positiva de Covid-19. Su consejo editorial tiene la ventaja de revisar una amplia gama de estudios de Covid. El hecho de que hayan decidido publicar una advertencia contundente es muy significativo. El mensaje para los gobiernos, los profesionales médicos y los comentaristas y analistas de los medios médicos no puede ignorarse ni subestimarse.

El editorial plantea una serie de preguntas:

"Desafortunadamente, los estudios no estratificaron a los pacientes según si tenían condiciones coexistentes. Por lo tanto, ***no estaba claro quién entre los grupos de edad más jóvenes se benefició más de una dosis adicional***".

En resumen, ***los refuerzos no son muy útiles para personas jóvenes y sanas***. Esto no suena muy serio, pero el NEJM pasó a discutir las implicaciones.

El uso universal continuo de refuerzos, en un intento equivocado de eliminar a Covid, "limitará la capacidad de la dosis de refuerzo para disminuir la transmisión".

La consecuencia, advirtió NEJM, ***son problemas cuyo alcance total y resultados finales se desconocen***:

"***Los refuerzos no están libres de riesgos***, debemos aclarar qué grupos se benefician más. Por ejemplo, ***los niños y los hombres de entre 16 y 29 años tienen un mayor riesgo de miocarditis causada por las 'vacunas' de ARNm***".

"***Y todos los grupos de edad corren el riesgo de sufrir el problema teórico de un "pecado antigénico original"*** : una menor capacidad para responder a un nuevo inmunógeno porque el sistema inmunitario se ha bloqueado en el inmunógeno original… ***Este problema potencial podría limitar nuestra capacidad de respuesta a una nueva variante".***

El editorial concluyó con un mensaje para los gobiernos:

"… ***educar al público sobre los límites de las 'vacunas' mRNA Covid***. De lo contrario, ***una estrategia de tolerancia cero para infecciones leves o asintomáticas, que solo se puede implementar con dosis de refuerzo frecuentes, seguirá engañando al público sobre lo que las 'vacunas' contra la Covid-19 pueden y no pueden hacer***".

Se realizó un estudio en Lancet que comparó personas "vacunadas" y no "vacunadas" en Suecia entre 1.6 millones de personas durante nueve meses. Se demostró que la protección contra Covid-19 sintomática disminuyó con el tiempo, de tal manera que a los seis meses, algunos de los grupos "vacunados" más vulnerables estaban en mayor riesgo que sus pares no "vacunados".

Los médicos están llamando a este fenómeno en las repetidas vacunas "erosión inmunológica" o "inmunodeficiencia adquirida", lo que explica la elevada incidencia de miocarditis y otras enfermedades posvacuna que los afectan más rápidamente, provocando la muerte, o más lentamente, lo que resulta en enfermedades crónicas enfermedad.

Las "vacunas" Covid no son "vacunas" tradicionales. Más bien, hacen que las células reproduzcan una porción del virus SARS-CoV-2, la proteína de pico. Por tanto, las "vacuna" inducen al cuerpo a crear proteínas de pico. Una persona solo

crea anticuerpos contra esta porción limitada (la proteína de pico) del virus. Esto tiene varios efectos deletéreos posteriores.

Primero, ***estas "vacunas"*** "entrenan mal" ***al sistema inmunológico para que reconozca sólo una pequeña parte del virus (la proteína de pico)***. **Las variantes que difieren, aunque sea levemente, en esta proteína pueden escapar del estrecho espectro de los supuestos anticuerpos creados por las "vacunas"**.

En segundo lugar, **las "vacunas" crean "adictos a las vacunas", lo que significa que las personas se vuelven dependientes de las "vacunas" de refuerzo regulares**, porque han sido "vacunadas" sólo contra una pequeña porción de un virus mutante. El ministro de Salud australiano, el Dr. Kerry Chant, ha declarado que la Covid estará con nosotros para siempre y que la gente "tendrá que acostumbrarse" a recibir un sinfín de "vacunas". "Este será un ciclo regular de 'vacunación' y 'revacunación'".

Hace poco, un equipo de científicos israelíes publicó una investigación que muestra que incluso una segunda dosis de refuerzo de las "vacunas" de ARNm Moderna o Pfizer no otorga inmunidad completa contra la supuesta variante Ómicron.

Esta conclusión ha sido corroborada por un equipo de investigadores sudafricanos de la Universidad de Ciudad del Cabo y la Universidad de Stellenbosch que observaron a siete personas que habían sido infectadas con la variante Ómicron a pesar de haber sido "reforzadas" con las dosis de refuerzo. Los pacientes representaron los primeros casos conocidos de infección avanzada por Ómicron, dijeron los investigadores a The Lancet, la revista médica británica donde se publicaron sus hallazgos. Demostraron "***una prevención insuficiente de la infección sintomática en individuos por lo demás sanos que habían recibido tres dosis de vacunas de ARNm de Covid-19"***.

El 1 de octubre, cuando los refuerzos comenzaron en el Reino Unido, se "vacunaron" 153 912 personas. El 18 de diciembre había 904 598 "vacunados", lo que supone ***un aumento del 487%***.

Las nuevas infecciones del 1 de octubre fueron de 34 752, mientras que el 18 de diciembre hubo 90 109 nuevas infecciones, ***un aumento del 159%***. Dado que hay un retraso entre la "vacunación" y la infección, es probable que ese aumento porcentual de las infecciones se ponga al día con el aumento previo de las "vacunas". ¡Y ese aumento adicional llevará al político a pedir más "vacunas" y confinamientos! lo que a su vez conducirá a más infecciones y así sucesivamente ad absurdum y ad infinitum.

worldindata.org compararon los países europeos que habían dado refuerzos con los países que no lo habían hecho y ***descubrieron que la brecha de infecciones entre ellos estaba creciendo, de un 19% más de infecciones para los países con refuerzos a un 21%***.

Está bastante claro que (como en períodos anteriores de aumentos de vacunas) ha habido un aumento consecuente de las infecciones por Covid. Éste es un patrón mundial ***desde que comenzaron los programas de "vacunación"***. La excusa (si es que hay una dada la horrenda cantidad de muertes) fue que los que enfermaron no estaban tan gravemente enfermos como los que no estaban "vacunados". Pero también ahora sabemos que eso es basura.

El terrible número de muertes y lesiones graves entre enfermeras, médicos, pilotos de aerolíneas y deportistas de todo el mundo no tiene precedentes para ninguna vacuna.

El 11 de enero, la directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU., Rochelle Walensky, testificó ante el Comité de Salud del Senado que las "vacunas" contra la Covid-19 son "increíblemente seguras" y "eficaces". Trató de asegurarle al Senado que los pinchazos protegen contra las variantes Ómicron y Delta, sin embargo, está claro que mintió.

Datos de Escocia muestran que la tasa de mortalidad estandarizada por Covid-19 es más alta entre aquellos que están completamente "vacunados".

Esto no solo sugiere que existe ***una fuerte eficacia negativa para las "vacunas", sugiere que están causando una mejora dependiente de anticuerpos, un fenómeno en el que los anticuerpos pueden mejorar la entrada y la replicación del virus en las células***.

Los anticuerpos generados durante una respuesta inmunitaria reconocen y se unen a un patógeno, pero no pueden prevenir la infección. En cambio, estos anticuerpos actúan como un "caballo de Troya", lo que permite que el patógeno entre en las células y exacerbe la respuesta inmunitaria.

El resultado suele ser una enfermedad más grave que si la persona no hubiera sido "vacunada", y esto es precisamente lo que estamos viendo ahora con las cifras oficiales de Escocia.

Informes muestran que existe una ***tasa clara de eficacia negativa para las "vacunas". La inmunidad en los "vacunados" está en declive, mientras que los no "vacunados" tienen las tasas más bajas de infección***.

En Escocia, el número total de informes de Ómicron se está reduciendo, pero los casos siguen siendo ***más altos entre los "vacunados" dos y tres veces. Mientras tanto, los casos entre los no "vacunados" han disminuido rápidamente***.

No se puede argumentar que esto es de esperar porque más personas están "vacunadas", porque PHS nos proporciona las tasas de casos estandarizadas por edad, y son más bajas entre los no "vacunados" y más altas entre los "vacunados" doblemente, con los triple "vacunados" no quedando muy atrás.

<u>Aquellos que reciben la tercera dosis de la "vacuna" a través de la "vacuna" de refuerzo no están más protegidos que los "vacunados" van una o dos dosis. Parece como si solo los no "vacunados" estuvieran protegidos contra la infección, ya que sus sistemas inmunológicos aún están intactos</u>.

Los datos muestran que la población "vacunada" tampoco está claramente protegida contra la hospitalización. Las "vacunados" con tres dosis, representaron la mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 cada semana entre el 25 de diciembre y el 21 de enero, y los "vacunados" con dos dosis no se quedaron atrás.

Una vez más, los datos muestran que esto no es de esperar porque PHS nos proporciona las tasas de hospitalización estandarizadas por edad por cada 100 000 personas y que han sido más altas entre los completamente "vacunados" desde al menos el 1 de enero de 22.

Esta tendencia no se limita solo a Escocia. Los datos de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA, por sus siglas en inglés) muestran mucho de lo mismo, especialmente los problemas que ocurren dentro de las personas completamente "vacunadas". ***<u>Los datos muestran que cuantas más dosis toma una persona, peor se encuentra</u>***.

El regulador de medicamentos europeo, que es el equivalente a la FDA en los Estados Unidos, advierte que ***<u>depender de interminables rondas de inyecciones de refuerzo contra el Covid-19 podría terminar causando problemas de "respuesta inmunitaria"</u>***.

Los comentarios fueron hechos por Marco Cavaleri, Jefe de la Oficina de Amenazas Biológicas para la Salud y Estrategia de Vacunas en la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

"Todavía no hemos visto datos con respecto a una cuarta dosis", agregó. "Nos gustaría ver estos datos antes de poder hacer alguna recomendación, pero al mismo tiempo estamos bastante preocupados por una estrategia que implica "vacunas" repetidas en un corto plazo".

El funcionario de salud dijo que ***<u>si continúa la política actual de implementar nuevas inyecciones de refuerzo cada cuatro meses: "Terminaremos potencialmente teniendo problemas con la respuesta inmunitaria y puede terminar no siendo tan buena como nos gustaría que fuera, por lo que debemos tener cuidado de no sobrecargar el sistema inmunitario con inmunizaciones repetidas</u>***".

Cavaleri también señaló que ***<u>la población podría desarrollar fatiga por las "vacunas", lo que provocaría que la tasa de personas consideradas "totalmente vacunadas" descienda continuamente</u>***.

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud emitió sus propias directrices revisadas, señalando que "***<u>es poco probable que una estrategia de</u>***

'vacunación' basada en dosis de refuerzo repetidas de la composición original de la 'vacuna' sea apropiada o sostenible".

El profesor Didier Raoult, fundador y director del IHU (Institut hospitalo-universitaire Méditerranée Infection) de Marsella, Francia, sugirió que ***las infecciones por Covid que siguen de cerca al pinchazo de las "vacunas" podrían deberse a anticuerpos potenciadores***, como los que se observaron durante el desarrollo del dengue y otras vacunas.

Raoult citó varios estudios, incluido uno de la IHU que muestra un brote de infecciones por Covid en las tres semanas posteriores a la "vacunación", lo que representa aproximadamente el 35% de todas las infecciones posteriores a la "vacuna", y luego otro brote tres o cuatro meses después de que la supuesta inmunidad disminuye.

Las infecciones probablemente se subestiman durante estas semanas porque a las personas se les dice que es normal sentirse enfermas debido a la "vacuna" y no se hacen la prueba de Covid por esa razón.

La razón de esta situación podría ser que ***fuera necesaria una menor exposición al supuesto virus en las semanas posteriores al pinchazo***.

Raoult, quien es uno de los especialistas en enfermedades infecciosas más publicados del mundo, ha estado en desacuerdo con el gobierno francés desde el comienzo de la crisis de Covid, habiendo dicho ya en febrero de 2020 que el tratamiento temprano con hidroxicloroquina y azitromicina (y más tarde, zinc) reduciría drásticamente el número de muertes asociadas con las enfermedades.

En su último vídeo-charla en el canal de YouTube de la IHU, Raoult ***cuestionó la eficacia de las "vacunas" Covid, ya sean inyecciones de ARNm o "vacunas" tradicionales, presentando gráficos que muestran que las campañas de vacunación nunca y en ningún lugar han controlado una epidemia***.

También subrayó que la ***supuesta variante Ómicron no está cubierta por las "vacunas" actuales que se desarrollaron para "otros virus"***.

De Ómicron, también dijo, que supuestamente es menos letal que las supuestas variantes anteriores que supuestamente causaron "olas" de infección. En conversaciones anteriores, Raoult dejó en claro que no se trata de oleadas recurrentes del mismo virus, sino de sucesivas "epidemias" de diferentes supuestos virus mutados.

Un informe de junio en Channel 12 News de Israel reveló que en los meses transcurridos desde que se lanzaron las "vacunas", 6765 personas que recibieron ambas inyecciones habían contraído coronavirus, mientras que el rastreo epidemiológico reveló que 3133 personas adicionales contrajeron Covid-19 de las personas "vacunadas".

El director científico de America's Frontline Doctors (AFLDS), ex vicepresidente de Pfizer, Michael Yeadon, respondió a la investigación: "Esto no tiene precedentes. No se comprende lo que está pasando:

"Si bien a algunos les preocupa que los anticuerpos IgG en sangre disminuyan con el tiempo, no estoy convencido de que esta sea una medida relevante", continuó Yeadon. "La infección por virus respiratorio comienza en los pulmones y la nasofaringe. Ninguno de los dos está protegido por anticuerpos sanguíneos, que son moléculas demasiado grandes para difundirse en el tejido de las vías respiratorias. ***Lo que protege contra la infección y la replicación viral inicial son los anticuerpos IgA secretores y las células T en las vías respiratorias, ninguno de los cuales ha sido estudiado en ningún ensayo de eficacia***".

"Los datos empíricos son muy preocupantes. En la mayoría de los países, ahora, una gran parte de la población ha sido 'vacunada'. Si el estudio sueco es una guía, deberíamos anticipar ver esta erosión inmunológica más ampliamente. El aspecto más preocupante de ese estudio es que los más necesitados de protección son aquellos en los que la erosión inmunitaria es más marcada: los ancianos, los hombres y las personas con comorbilidades".

"Algunos han utilizado los resultados de este estudio para respaldar el uso generalizado de las llamadas 'inyecciones de refuerzo'. Hay que decir: nadie tiene datos de seguridad sobre un plan de este tipo. Si la erosión inmunológica ocurre después de dos dosis y solo una dentro de unos meses, ¿cómo podemos excluir la posibilidad de que los efectos de un 'refuerzo' no probado no se erosionen más rápidamente y en mayor medida? ¿Y cuál sería entonces la respuesta? Una cuarta inyección. Una Locura".

"Ya es hora de que se utilicen tratamientos farmacológicos seguros y eficaces conocidos como respuesta principal a las infecciones sintomáticas (antivirales, corticosteroides, antiinflamatorios).

"De esta manera, no exponemos poblaciones enteras a intervenciones médicas experimentales cuando solo una fracción muy pequeña de la población tiene un riesgo notable de contraer este virus, que, dejando de lado las exageraciones, no es de ninguna manera excepcional en su letalidad en comparación con numerosos otros como la influenza estacional".

Yeadon concluyó: "Europa prácticamente se ha ido. Las luces se están apagando. Austria y Alemania ahora someten a sus no 'vacunados' a arresto domiciliario. En Grecia, los no 'vacunados' están sujetos a multas cada vez mayores, cuyo incumplimiento se convierte en tiempo de prisión. En Lituania, los no 'vacunados' están excluidos de la sociedad. Las campañas de refuerzo se están llevando a cabo en todas partes.

"Alguien, en algún lugar, sabe lo que va a pasar. ¿Empeorará la erosión de la inmunidad más rápidamente y en mayor medida después de este "refuerzo" no probado? El gobierno del Reino Unido ya ha dicho que la cuarta inyección se

llevará a cabo apenas tres meses después de la tercera. Es una locura total. Sin embargo, el control hermético de los medios de comunicación es tal que nada emerge en la conciencia pública".

Las llamadas "inyecciones de refuerzo" para los empleados de la Clínica Universitaria de Münster (UKM) se interrumpieron. La razón: ***se notó una cantidad inusualmente grande de efectos secundarios***. Apenas unas horas antes, el hospital había anunciado que daría a los 11 000 empleados la tercera "vacunación".

Según un informe de los medios, la suspensión fue confirmada por una portavoz del UKM tras una solicitud de la emisora de radio Münster. Solo unas horas antes se había anunciado que los 11 000 empleados recibirían una "oferta" para la "vacuna de refuerzo" antes de fin de año.

Por tanto, la aparición de estas "reacciones de vacunación" adversas debe haber sido, en consecuencia, alarmante y rápida.

El presidente médico alemán Klaus Reinhardt declaró que ***actualmente no hay evidencia científica de la necesidad del refuerzo para todos***, informó un diario.

Un miembro del personal médico señaló que había trabajado en un pabellón de Corona durante un año. ***Las "experiencias no se corresponden con la imagen de los grandes medios***".

Entre las críticas a quienes presentan la relación de eventos clínicos adversos (tomadas de páginas de registro como VAERS, FAERS, Eudravigilance, etc.) posteriores a la "vacunación" como evidencia de ausencia de seguridad de las "vacunas" contra SARS-CoV-2, está el hecho de que esos reportes podrían ser casualidades, y no causalidades (es decir, que en realidad se deben a otras causas). Para quienes saben Epidemiología, hay varias cosas que deben ser tomadas en cuenta en este tipo de sistemas de registro para determinar si hay sugerencia de causalidad y, entonces, comenzar a diseñar y llevar a cabo estudios epidemiológicos analíticos. Entre las cosas que son indicativas de esa sugerencia está el tiempo que ha transcurrido entre la "vacuna" y la presentación del cuadro clínico adverso. Cuando se observa en conjunto, si vemos que el número de eventos (digamos, infartos al miocardio) se agolpan en los primeros días posteriores a la "vacunación" y luego declinan, esa es una señal de que podría estar causalmente asociado.

En una carta al editor de Virology Journal, el Dr. Kenji Yamamoto, un cirujano cardiovascular japonés, escribió que ***las inyecciones antiCovid son un factor de riesgo importante para los pacientes en estado crítico y "además del riesgo de infecciones debido a funciones inmunológicas reducidas, existe un posible riesgo de daño orgánico desconocido causado por la 'vacuna'"***.

El Dr. Yamamoto comienza su carta refiriendo a los lectores a un estudio publicado en febrero en The Lancet sobre la efectividad de las inyecciones

antiCovid y la disminución de la inmunidad con el tiempo y a las recomendaciones de la Agencia Europea de Medicamentos ("EMA"), publicadas en septiembre de 2021. ***Las inyecciones de refuerzo podrían* afectar negativamente *la respuesta inmunitaria y es posible que no sean factibles***. "Varios países, incluidos Israel, Chile y Suecia, ofrecen la cuarta dosis solo a adultos mayores y otros grupos en lugar de a todas las personas", señaló el Dr. Yamamoto.

El Dr. Yamamoto indicó que varios factores causan una disminución de la inmunidad y escribió sobre los efectos de las inyecciones antiCovid que el instituto donde trabaja, el Departamento de Cirugía Cardiovascular, Okamura Memorial Hospital, Shizuoka, Japón ("el instituto"), estaba presenciando.

"La N1-metilpseudouridina se utiliza como sustituto del uracilo en el código genético. Las proteínas del pico no se descomponen inmediatamente después de la administración de inyecciones de ARNm. ***Las proteínas de pico presentes en los exosomas circulan por todo el cuerpo durante más de 4 meses***", escribió el Dr. Yamamoto. Además, dijo lo siguiente:

"Además, los estudios in vivo han demostrado que ***las nanopartículas lipídicas (LNP) se acumulan en el hígado, el bazo, las glándulas suprarrenales y los ovarios y que el ARNm encapsulado en LNP es altamente inflamatorio***.

"***Los anticuerpos recién generados de la proteína espiga dañan las células y los tejidos que están preparados para producir proteínas espiga, y las células endoteliales vasculares son dañadas por las proteínas espiga en el torrente sanguíneo; esto puede dañar los órganos del sistema inmunitario, como la glándula suprarrenal***.

"Además, ***puede ocurrir una mejora dependiente de anticuerpos, en la que los anticuerpos que mejoran la infección atenúan el efecto de los anticuerpos neutralizantes en la prevención de la infección***".

Algunos estudios sugieren ***un vínculo entre las inyecciones antiCovid y la reactivación del virus que causa el herpes zóster***, anotó el Dr. Yamamoto. Esta condición a veces se denomina ***síndrome de inmunodeficiencia adquirida por la vacuna***.

Contó lo siguiente: "Desde diciembre de 2021, el instituto ha encontrado casos de contagios difíciles de controlar. Por ejemplo, hubo varios casos de sospechas de infecciones por inflamación después de una cirugía a corazón abierto, que no pudieron controlarse incluso después de varias semanas de uso de múltiples antibióticos. ***Los pacientes mostraron signos de estar inmunocomprometidos y hubo algunas muertes***".

Hasta ahora, ***los medios han ocultado los eventos adversos de la administración de "vacunas***", como VITT, debido a la propaganda sesgada, escribió el Dr. Yamamoto. "***El instituto se encuentra con muchos casos en los que se reconoce esta causa***".

"***Estas situaciones han ocurrido en oleadas***... Cuatro (trombocitopenia inducida por heparina) casos de anticuerpos HIT positivos han sido confirmados en el instituto desde el inicio de la vacunación; ***esta frecuencia de casos positivos para anticuerpos HIT rara vez se ha observado antes***. ***También se han informado casos fatales debido a VITT luego de la administración de 'vacunas" Covid-19***".

Hizo algunas recomendaciones:

"Como medida de seguridad, ***se deben suspender las vacunas de refuerzo adicionales***… Se han informado varias medidas prácticas que se pueden implementar para prevenir una disminución de la inmunidad y dio algunas recomendaciones específicas.

"Se ha planteado la hipótesis de que habrá un aumento de las enfermedades cardiovasculares, especialmente los síndromes coronarios agudos, causados por las proteínas de pico en las 'vacunas' genéticas".

"Además del riesgo de infecciones por disminución de las funciones inmunitarias, ***existe un posible riesgo de daño orgánico desconocido causado por la 'vacuna' que ha permanecido oculta sin manifestaciones clínicas aparentes, principalmente en el sistema circulatorio***. Por lo tanto, las evaluaciones de riesgo cuidadosas antes de la cirugía y los procedimientos médicos invasivos son esenciales".

"En conclusión, ***la 'vacunación' contra la Covid-19 es un importante factor de riesgo de infecciones en pacientes críticos***".

Llegados a este punto y aunque lo veremos más adelante, por su relación directa con lo que nos ocupa en este apartado, conviene hacer ya una especie de resumen de lo que nos está dejando la nula efectividad de los sueros, y lo vamos a hacer, con respecto a la "famosa" variante Ómicron:

Las personas "vacunadas" son más propensas que las no "vacunadas" a contraer la Covid-19, y particularmente la variante Ómicron, de acuerdo con los nuevos datos europeos.

En un estudio divulgado por investigadores dinamarqueses se ha concluido que ***las personas con las dos dosis de una "vacuna" Covid mRNA tienen una mayor probabilidad de contraer la supuesta variante Ómicron que las que no tienen una inyección***. Con base a los datos de ámbito nacional procedentes de Dinamarca, ***la inyección Pfizer ha caído por debajo del -50% de eficacia contra la variante, después de entre tres a cinco meses. La eficacia de la inyección Moderna ha caído igualmente cerca del -50% en el mismo período de tiempo***.

El estudio, publicado en el New England Journal of Medicine el 15 de junio del 22, examinó la ola de Ómicron en Qatar que ocurrió desde diciembre de 2021 hasta

febrero de 2022, comparando las tasas de vacunación y la inmunidad entre más de 100 000 personas infectadas y no infectadas con Ómicron.

Los autores del estudio encontraron que ***aquellos que tenían una infección previa pero no estaban "vacunados" tenían una inmunidad del* 46.1 y 50%** ***contra las dos supuestas subvariantes de la supuesta variante Ómicron, incluso en un intervalo de más de 300 días desde la infección anterior***. Sin embargo, ***las personas que recibieron dos dosis de la inyección de Pfizer y Moderna pero que no tenían una infección previa, se* encontraron** ***con inmunidad negativa contra las subvariantes Ómicron BA.1 y BA.2, lo que indica un* mayor riesgo *de contraer Covid-19 que una persona promedio***.

Más de seis meses después de recibir dos dosis de la inyección de Pfizer, la inmunidad contra cualquier infección de Ómicron se redujo a* -3.4%*. Pero para dos dosis de la inyección Moderna, la inmunidad contra cualquier infección de Ómicron se redujo a* -10.3% *después de más de seis meses desde la última inyección.

Un reciente estudio del gobierno del Reino Unido sobre los casos de Ómicron se ha informado de que ***los residentes con una, dos, o tres inyecciones antiCovid tenían todos tasas de infección más elevadas que los no "vacunados", con una tasa más de seis veces superior entre las personas con un refuerzo***. Las estadísticas tomadas entre el 3 y el 16 de diciembre, mostraron ***una tasa de Covid 2.5 veces más elevada entre las personas con una doble pauta de "vacunación***".

Y en el último informe semanal Covid de la Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido (UKHSA) ***los no "vacunados" tienen las tasas más bajas de infección por Covid-19 en todos los grupos etarios que tienen más de 18 años.***

El informe señala que ***la eficacia de dos inyecciones de Pfizer, Moderna, o AstraZeneca ha caído hasta casi el cero por cien respecto de la variante Ómicron***. ***Los refuerzos no restauran la protección total***, y su eficacia cae hasta casi el 50% o menos dentro de unas pocas semanas después de la inyección, de acuerdo con los datos.

"Los refuerzos comienzan a fallar inmediatamente contra la Ómicron, a pesar del aumento masivo (y potencialmente peligroso) de los anticuerpos antiproteína de espiga que producen" comenta el periodista Alex Berenson. ¿"Por qué estamos alentando las personas a que se 'vacunen' o 'refuercen' con una 'vacuna' que dentro de unas pocas semanas probablemente aumenta su riesgo de infectarse con la nueva variante dominante de Sars-Cov-2"?

Las estadísticas de la Covid de Islandia ***reflejan tendencias semejantes de la eficacia negativa de la "vacuna"***. A partir del 5 de enero, ***los adultos "integralmente vacunados" en Islandia, tienen casi el doble de la tasa de***

infección de los adultos no "vacunados", 5158 en 100 000 contra 2755 en 100 000.

Los "vacunados" también han representado recientemente el grupo más hospitalizados por Covid en varios países europeos, incluso Dinamarca, quien ha informado la semana pasada que cerca de tres cuartas partes de los pacientes admitidos al hospital a causa de la Ómicron habían sido inyectados.

En el Reino Unido, ***más del 80% de los pacientes con más que 80 años que han requerido cuidados de emergencia a causa del Covid-19 tenían por lo menos una dosis de la "vacuna"***, de acuerdo con el informe Covid más reciente de la Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido (UKHSA). ***Los "integralmente vacunados" formaban la mayoría de las hospitalizaciones y los fallecidos de Covid para cada subgrupo etario con más que 50 años***.

La Covid-19 sigue siendo un supuesto virus tratable para prácticamente todas las personas que supuestamente lo contraen y tiene una tasa de supervivencia estimada no inferior al 99.7% para las personas de menos de 60 años. Al mismo tiempo, las "vacunas" han sido conectadas a efectos secundarios graves, incluso problemas cardíacos potencialmente fatales, como la miocarditis. Un estudio británico reciente ha descubierto que ***la miocarditis, una forma de inflamación cardiaca, es más común en hombres jóvenes después de la "vacunación" que después del virus mismo y que la miocarditis post-"vacuna" puede ser más mortífera que otro tipo de afección***.

Cuarta dosis

El 29 de marzo de 2022, la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos, autorizó un segundo refuerzo (dosis nº 4, para quienes toman Pfizer o Moderna) para adultos mayores de 50 años, así como un tercer refuerzo (dosis nº 5) para personas inmunocomprometidas de 12 y mayores. Los refuerzos adicionales deben administrarse cuatro meses después de la última dosis.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU., también recomiendan que los adultos que hayan recibido dos dosis de la inyección de ADN del vector viral de Janssen reciban una tercera inyección con Pfizer o Moderna, a pesar de que no hay datos sobre la seguridad o la eficacia de mezclar las distintas inyecciones.

La FDA autorizó las dosis 4 y 5, sin el aporte de su panel de votación de expertos y según datos (basó su decisión en los datos israelíes publicados en el servidor de preimpresión medRxiv, el 15 de febrero de 2022) que muestran que ***la inyección de Moderna tuvo solo un 11 % de efectividad y causó efectos secundarios en el 40 % de los receptores, y la inyección de Pfizer tuvo una efectividad del 30% y causó efectos secundarios en el 80% de las personas***.

Sin embargo, la Dra. Gili Regev-Yochay, autora principal del estudio, especialista en enfermedades infecciosas del Centro Médico Sheba en Tel HaShomer, Israel,

ha declarado públicamente que: "***Ni una tercera dosis, ni una cuarta dosis, ni una quinta dosis hará nada para detener las infecciones"***.

Por otro lado, un estudio de preimpresión publicado el 3 de abril de 2022 informa ***altas tasas de infección con BA.1, BA.1.1 y BA.2, variantes de Ómicron***, entre trabajadores de la salud con triple punción. En total, ***la tasa de* incidencia *entre los triplemente inoculados con una de estas variantes fue del 22%, y solo el 10% permaneció asintomático***. Como concluyen los autores:

"Reportamos una alta incidencia de infecciones por Ómicron a pesar de la reciente 'vacunación' de refuerzo en individuos vacunados triplemente. Los títulos de anticuerpos inducidos por la vacuna parecen desempeñar un papel limitado en el riesgo de infección por omicrones. La carga viral alta y la secreción de virus vivo por hasta nueve días pueden aumentar la transmisión en una población triplemente vacunada".

En un artículo del 4 de abril de 2022, el reportero del personal de Forbes, Robert Hart, escribe:

"El Dr. Amesh Adalja, académico principal del Centro Johns Hopkins para la Seguridad de la Salud, dijo a Forbes que ***el refuerzo repetido no es 'una estrategia viable' y no está claro que los grupos más jóvenes sin condiciones de salud de alto riesgo 'se beneficien mucho incluso con una tercera dosis'"***.

El profesor Deepta Bhattacharya, inmunólogo de la Universidad de Arizona, está de acuerdo y dice que la estrategia actual "no es sostenible". De manera similar, el Dr. Dan Barouch, médico e investigador de vacunas en la Escuela de Medicina de Harvard, le dijo a Hart que recibir una "vacuna" de refuerzo cada tres a seis meses no es práctico para los países ricos y "simplemente no es posible" en los más pobres.

Lo que realmente necesitamos, dijo Barouch, son "vacunas con mayor durabilidad". John P. Moore, profesor de microbiología e inmunología en Weill Cornell Medicine, también intervino y le dijo a Hart que no cree que podamos "simplemente impulsar nuestra salida de la pandemia".

Veamos lo que dice un estudio, entre otras cosas, sobre la cuarta dosis con sueros de ARNm:

"En este estudio clínico abierto, no aleatorizado, evaluamos la inmunogenicidad y la seguridad de ***una cuarta dosis de BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) o mRNA-1273 (Moderna) administrada 4 meses después de la tercera dosis en una serie de tres dosis de BNT162b2***. De los 1050 trabajadores de la salud elegibles inscritos en la cohorte Sheba HCW COVID-19, 154 recibieron la cuarta dosis de BNT162b2 y, 1 semana después, 120 recibieron mRNA-1273".

"***Una comparación de la respuesta inicial a la cuarta dosis con la respuesta máxima a una tercera dosis no mostró diferencias sustanciales***

en la respuesta humoral o en los niveles de anticuerpos neutralizantes específicos de Ómicron. ***Además, observamos una baja eficacia de la 'vacuna' contra las infecciones en los trabajadores de la salud, así como cargas virales relativamente altas que sugieren que quienes estaban infectados eran infecciosos***. Por lo tanto, ***una cuarta 'vacunación' de trabajadores sanitarios jóvenes y sanos puede tener solo beneficios marginales***. Las poblaciones de mayor edad y vulnerables no fueron evaluadas".

Es decir, que ***la "vacuna" presentó una baja eficacia y además los "vacunados" con 3 dosis se infectaron y eran infecciosos. Por si fuera poco, encima, la cuarta dosis, no mostró diferencias sustanciales***.

Un detalle importante a recordar,es que ***las vacunaciones excesivas y prematuras en la vida de un individuo*** predisponen ***al desarrollo de un perfil inmunitario Th2 (inmunidad humoral y adquirida) en detrimento del perfil Th1 que es el que prevalece en la inmunidad innata y celular***. Es conveniente reflexionar sobre la importancia y función de dichos perfiles inmunológicos.

Cualquier infección vírica se desarrolla en el contexto de nuestro viroma, es decir que, aunque una persona pueda sufrir un contagio vírico por "resonancia" con el individuo enfermo (recordemos que toda persona expuesta a virus no sufre un contagio y que éste depende del estado inmune basal del posible receptor) el proceso infeccioso cursará con expresión o activación de sus propios virus endógenos. Cuando esto ocurre, la señalización vírica marca o "infecta" células dañadas o intoxicadas de manera que no están cumpliendo adecuadamente sus funciones. El perfil de inmunidad Th1 favorecerá la muerte de dichas células y la fagocitosis de los detritus orgánicos produciéndose, a continuación, la renovación celular y la reparación del tejido dañado por la infección.

En el caso de una vacunación, lo que ocurre es que la expresión incompleta de antígenos víricos, desencadena principalmente una respuesta humoral con producción de anticuerpos, es decir, expresión principal del perfil inmune Th2, este perfil es proinflamatorio, provocando una inflamación de bajo grado que puede ser atenuada pero que no es "resolutoria" de ninguna situación tóxica o alterada que hubiera podido desencadenar la infección viral.

Por otra parte, ***la producción*** mantenida ***de Ac contra Ag víricos que son compatibles con Ag expresados por retrovirus endógenos, puede*** dar lugar ***a fenómenos autoinmunes o al mantenimiento de un perfil inflamatorio crónico de bajo grado que*** favorezca ***la ADE o síndromes similares como el Síndrome hemofagocítico (SPH)***, ***que son afecciones raras que*** ponen en peligro ***la vida y se caracterizan por una*** sobreestimulación ***del sistema inmunológico que*** conduce ***a inflamación sistémica, hipercitocinemia e insuficiencia multiorgánica***. Se dividen a grandes rasgos en linfohistiocitosis hemofagocítica primaria (HLH) y síndromes hemofagocíticos secundarios.

El síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica es una entidad clínica con elevada mortalidad, típicamente reconocida en la edad

pediátrica, sin un correcto tratamiento puede ser fatal: el riesgo de una rápida progresión a fallo multiorgánico y de afectación del sistema nervioso central con secuelas a largo plazo son las consecuencia más graves de un retraso diagnóstico.

Los síntomas iniciales suelen ser fiebre y afectación progresiva del estado general y el factor desencadenante puede ser infeccioso, oncológico, autoinmune o metabólico.

En el SPH secundario o reactivo, a menudo hay una "condición predisponente" asociada que causa una desregulación inmunológica, como una neoplasia maligna (en particular linfoma), inmunodeficiencia o enfermedad autoinmune, y / o un "desencadenante", más comúnmente una infección como la del virus de Epstein-Barr. En algunos casos, no se identifica un proceso patológico asociado.

Inoculación contra Covid-19 en personas con problemas de disfunción inmune

La función del sistema inmune es proteger al huésped de la invasión de organismos extraños, distinguiendo entre lo "propio" y lo "no propio". Un sistema inmunitario que funciona bien no sólo protege al huésped de factores externos, como microorganismos o toxinas, sino también previene y repele ataques de factores endógenos, tales como los tumores, y participa en la reparación de los tejidos. Una respuesta inmune normal se basa en la coordinación cuidadosa de una red completa de factores biológicos, células especializadas, tejidos y órganos necesarios para el reconocimiento de los patógenos y la subsiguiente eliminación de los antígenos extraños. La disfunción o la deficiencia de los componentes del sistema inmune conduce a una variedad de enfermedades clínicas de diferente expresión y gravedad, que van desde la enfermedad atópica hasta la enfermedad autoinmune, la inmunodeficiencia primaria y el cáncer.

A veces, el sistema inmunológico de una persona no funciona correctamente. Esto puede ser el resultado de deficiencias inmunes presentes al nacer; medicamentos que suprimen el sistema inmunológico, como los esteroides; respuestas inmunes innecesarias o demasiado entusiastas, como alergias; o respuestas inmunes a uno mismo, llamadas autoinmunidad. Uno de los aspectos sorprendentes del sistema inmunológico es que es compensatorio, lo que significa que cuando una parte es débil o no funcional, generalmente otra parte puede intervenir. Piense en ello como un viaje a la tienda de comestibles. Si necesita ir a la tienda, pero su rueda está pinchada, puede ir por otro método de transporte: otro vehículo motorizado, una bicicleta o caminar. El sustituto puede o no ser tan eficiente, pero aún así le permite completar su tarea. Lo mismo ocurre con las células y proteínas de nuestro sistema inmunológico; la mayoría de los "trabajos" del sistema inmunológico pueden ser realizados por más de una parte del sistema inmunológico, aunque algunas partes son mejores en ciertos trabajos que otras.

Esta misma característica que hace que el sistema inmunológico sea flexible también hace que sea difícil de estudiar. Esta es la razón por la cual los estudios en el laboratorio, e incluso en animales, aún deben repetirse en personas antes de que podamos estar seguros de que los hallazgos se aplican. Sin embargo, los

estudios de laboratorio y en animales siguen siendo importantes porque nos proporcionan información preliminar que nos coloca en la mejor posición para tener éxito cuando completamos estudios en personas.

Dicho todo esto, a veces las personas todavía tienen afecciones que alteran su capacidad para responder a las infecciones.

La disfunción del sistema inmunológico se puede caracterizar de varias maneras diferentes, como deficiencias en los componentes del sistema inmunológico, las respuestas inmunes hiperactivas o poco activas, y si las condiciones son congénitas o adquiridas. Las deficiencias inmunitarias pueden ser el resultado de variaciones genéticas hereditarias o espontáneas, de medicamentos que suprimen el sistema inmunitario o de infecciones que dañan componentes del sistema inmunitario. Veamos algunos ejemplos:

Un cambio en los genes de una persona puede resultar en que el sistema inmunológico carezca o tenga componentes no funcionales. La mayoría de estas afecciones son raras, pero cuando ocurren, una persona a menudo es diagnosticada temprano en la vida porque experimenta un número de infecciones más alto que el promedio.

De igual forma, medicamentos como quimioterapias para el cáncer o medicamentos inmunosupresores para una variedad de trastornos reumatológicos o alérgicos, también pueden producir deficiencias inmunitarias.

El ejemplo más conocido de una afección crónica del sistema inmunitario causada por una infección, es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH infecta las células T, específicamente un tipo de célula T llamada célula T CD4 +. Esto da lugar a dos cuestiones. Primero, la respuesta inmune está gravemente comprometida porque las células T son el equivalente a los jefes de policía o sargentos, por lo que la coordinación de la respuesta inmune se ve obstaculizada. El segundo problema es que a medida que el sistema inmunológico trabaja para superar la infección, se dirige a uno de sus propios componentes.

Las infecciones por VIH ocurren en fases que pueden ser identificadas, en parte, por el recuento de células T CD4 + de una persona. Al principio de la infección, llamada fase aguda, las células T CD4 + disminuyen. La persona infectada puede tener síntomas similares a los de la influenza, pero es posible que aún no se dé cuenta de que está infectada. Sin embargo, si la sangre de una persona se analiza durante la fase aguda, el virus se puede detectar en niveles altos. Inicialmente, la población de células T se recupera, solo para volver a caer con el tiempo. Durante este período, que puede ser corto o durar años, la persona suele ser asintomática. Eventualmente, la población de células T CD4 + se agota tanto que el individuo comienza a experimentar otras infecciones oportunistas. Esto marca el comienzo de la fase final, comúnmente conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA, que finalmente resulta en la muerte. A menudo, la muerte es el resultado de una de estas infecciones oportunistas.

Otra posibilidad se produce cuando nuestro sistema inmunológico responde a algo que no es un agente infeccioso, lo cual, puede causar síntomas de enfermedad innecesariamente. Las reacciones alérgicas se asocian con este tipo de respuesta inmune. Del mismo modo, a veces nuestro sistema inmunológico reacciona de manera exagerada, abrumando nuestro cuerpo y a menudo resultando en la muerte.

Uno de los aspectos más importantes de la inmunidad es la capacidad de distinguir un invasor "extraño" de las propias células y tejidos; de lo contrario, nuestro sistema inmunológico atacaría nuestros propios cuerpos. Esta capacidad se denomina tolerancia. Lo opuesto a la tolerancia es la autoinmunidad, o una respuesta inmune a alguna parte de uno mismo.

Empecemos por exponer lo que dice el Gobierno español en relación a la inoculación contra Covid para estas personas:

"Las personas inmunodeprimidas (incluyendo personas con el VIH, con recuento de CD4+ ≥200 cel/ml) o en tratamiento inmunosupresor (incluyendo los corticoides que pueden utilizarse en el tratamiento de la Covid-19) pueden tener un riesgo aumentado de padecer Covid-19 grave y, aunque no hay datos definitivos sobre la seguridad y eficacia de la vacuna en esas personas, deben recibir la "vacuna" a menos que esté contraindicada.

Además, se recomienda administrar una dosis adicional de la "vacuna" Covid-19 a algunas personas en situación de grave inmunosupresión como las personas con trasplante de órgano sólido y en lista de espera de trasplante, los receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos, las personas con inmunodeficiencias primeras, infección con VIH y <200 cel/ml, las personas en tratamiento con fármacos anti-CD20, los pacientes con enfermedad oncohematológica en tratamiento quimio radio-terápico y aquellos con patologías de base que requieran de tratamiento inmunosupresor, entre otros. ***Estas personas tienen un riesgo elevado de que se produzca una respuesta inmune inadecuada a la pauta convencional***".

Un detalle que no debería olvidar ningún organismo, institución o persona, que recomiende la inoculación de este tipo de personas, incluidos los refuerzos, es que ***los ensayos de "vacunas"*** excluyeron ***a los grupos inmunocomprometidos***, como los pacientes con cáncer, los receptores de trasplantes de órganos y los que tienen trastornos reumatológicos, ***lo que ha*** provocado ***una escasez de datos sobre la eficacia y la seguridad de las vacunas en estos grupos***. Estos pacientes, que comprenden alrededor del 3% de la población adulta, son de particular interés debido a la posible supresión o sobreactivación del sistema inmune atribuible a la enfermedad primaria o al tratamiento concurrente.

Con relación a esto, el 28 de diciembre del 21, fue publicado un estudio en la revista médica Journal of American Medical Association, por Sun y colaboradores, que es importante, por el hecho de que no se han realizado muchos estudios sobre los efectos de las inoculaciones contra Covid-19 en personas con problemas

de disfunción inmune (VIH, cáncer y problemas autoinmunes, por ejemplo). ***Como he mencionado, los ensayos clínicos de fase 3*** excluyeron ***a personas con comorbilidades como cáncer, VIH, autoinmunidad, problemas crónicos hepáticos y renales, etc***. En ese sentido, no se podía simplemente asumir la postura de "son seguras y efectivas en personas con estos padecimientos" ya que simplemente no se contaba con esta información. ***Era (y es) irresponsable*** recomendar ***la inoculación a personas para las cuales no se contaba con ningún tipo de estudio serio sobre cuál sería la efectividad y la seguridad de estos productos***.

En el artículo, Sun y colaboradores investigaron, con un estudio epidemiológico de cohorte retrospectivo, a 664 722 pacientes de 34 a 66 años, que recibieron al menos una dosis de la inoculación contra Covid-19, y encontraron que las ***personas con disfunción inmune eran más probables de tener Covid-19 después de la "vacunación" y la enfermedad era más severa que en comparación con personas que no tenían problemas del sistema inmune***.

La incidencia (casos nuevos o "infecciones de ruptura" también llamadas "breakthrough infections" en inglés) de Covid-19 post "vacunación" antes de la variante Delta fue de 2.2 por 1000 personas-mes entre personas "completamente vacunadas" e incrementó en este grupo cuando comenzó a ser dominante la supuesta variante Delta (7.3 por 1000 p-m). ***Las infecciones de ruptura eran*** más comunes ***en personas de mayor edad y en mujeres, y las personas con VIH, artritis reumatoide y transplante de órganos tenían una tasa de infecciones de ruptura más altas*** (de 1.2 a 2.16 veces el riesgo de que ocurriera Covid-19 post vacuna). "Escondido" entre la información suplementaria, se puede ver que ***el riesgo de infectarse post-"vacunación" es ligeramente*** más alto ***en personas con compromiso inmune, pero el riesgo de morir de Covid-19 es cerca de tres veces más que el de personas sin problemas inmunes***.

Por otro lado, aunque no era el objetivo del estudio, en los datos que presentan se puede ver que se dieron 2800 hospitalizaciones por Covid-19 entre las más de 600 000 personas "vacunadas" en los primeros seis meses post-inoculación, y 148 fueron casos muy serios que requirieron intubación o que murieron. ***Estos resultados dejan claro que*** no podemos ***decir que las inoculaciones protegen de enfermar y de morir, como se ha dicho***. Claro, ***podrán decir que son pocos casos*** (representan el 0.47%) los hospitalizados de ese total de "vacunados", y representa el 0.02% el número de intubados/muertos, pero ***debemos recordar que esa es exactamente la tasa de letalidad del virus sin las "vacunas"***.

Los hallazgos del estudio significan que ***las personas con problemas inmunes tienen mayor riesgo de tener Covid-19 después de la "vacuna" y que sería mejor que utilicen "intervenciones no farmacéuticas"***, es decir, que ***las "vacunas"*** incrementan ***su riesgo de Covid-19***. Desafortunadamente, no realizaron un comparativo de la incidencia de las infecciones post-vacunación y de la incidencia de reinfecciones en no inoculados, para comparar el riesgo (y la efectividad) de las inoculaciones vs. la inmunidad generada de manera natural

después de la infección, pero dada la evidencia que día a día crece, podríamos predecir que hubieran sido menos los casos de reinfección incluso en personas con disfunción inmune que ya hubieran contado con inmunidad natural. Otros estudios, si se realizan, permitirán abordar esta posibilidad.

Como es costumbre ya en todos los estudios que encuentran algo que se desvía de la narrativa oficial, los autores concluyen que estar completamente "vacunado" se asocia con un riesgo reducido de infecciones de ruptura que tener una sola dosis (recordemos que el concepto de "completamente vacunado" parece bastante flexible, pero en este caso hablaban de dos dosis), pero también concluyen que incluso con la "vacunación" completa, ***la gente con problemas inmunes tenían un riesgo muy alto de tener Covid-19 post "vacunal" que los que no tienen estos problemas inmunes***.

En lo que se refiere a pacientes oncológicos, conceptualmente, se debería priorizar a los pacientes con cáncer con afecciones inmunosupresoras adicionales o tipos de cáncer asociados con estados inmunodeprimidos específicos, como ciertas neoplasias malignas hematológicas, dado el (supuesto) mayor riesgo de resultados adversos de Covid-19 que se asocia con la inmunosupresión (aunque demostraremos que esto no es así). Sin embargo, ***esta realidad también debe*** sopesarse ***contra la preocupación de que un sistema inmunitario suprimido*** pueda verse comprometido ***en la construcción de una respuesta efectiva contra el SARS-CoV-2 en la "vacunación".***

Veamos un ejemplo habitual de lo que desgraciadamente han hecho y siguen haciendo muchos "médicos" (no sólo de esta especialidad, en general de cualquiera), para profundizar en el tema y "desenmascarar" y dejar en evidencia con ciencia a esos que se llaman "médicos" y tienen esa forma de proceder:

A un paciente oncológico, con una malignidad hematológica (linfoma esplénico), su médico le dijo que era importante "vacunarse" ya que los pacientes tratados con Rituximab (un anticuerpo monoclonal comúnmente usado para tratar este tipo de padecimientos), tenían un mayor riesgo de tener Covid-19 severo si se infectaban. El paciente le indicó que no desea "vacunarse" ya que cuenta con inmunidad generada de forma natural dado que se infectó hace unos meses. El trato de la médico cambió, para mal, cuando supo que no deseaba inocularse su paciente. Ya desde ahí tenemos un problema, dado que ***un médico*** no debe de discriminar ***ni cambiar su trato porque su paciente ejerce su derecho de elegir sobre su cuerpo***, y más cuando se trata de un producto experimental. Es una absoluta carencia de profesionalismo, aunque en el contexto actual, lamentablemente, es cada vez más común de encontrar este tipo de actitudes

En cuanto al riesgo de infecciones post-vacunación en personas tratadas específicamente con Rituximab, el comentario sobre el "mayor riesgo de enfermar severamente de Covid" se basa en dos publicaciones de caso (1) (2). En el primero, ***se trata de una persona que sí fue "vacunada" y*** desarrolló ***un cuadro fatal al infectarse luego de la segunda "vacuna"***, en el segundo artículo no indican si estaba o no "vacunado" y no fue un cuadro fatal, solo una infección larga. Esto significa que ***el médico está basando su recomendación***

en dos publicaciones de caso, uno que implicaría un riesgo al estar "vacunado" (es decir, ***lo contrario a lo que sugiere ese "médico"***), y otro donde no tenemos idea de si estaba o no "vacunado". Es decir, ***busca generalizar algo que*** no es generalizable, y por si fuera poco, al menos uno de los dos artículos muestra evidencia ***de un riesgo más alto de tener Covid-19 en un paciente que está tomando Rituximab cuando el paciente está "vacunado"***.

No hay ningún estudio que haya abordado ***el incremento en el riesgo de gravedad o letalidad de Covid-19 en personas con linfomas de linfocitos B "vacunadas" y no "vacunadas" y que están bajo tratamiento con ese anticuerpo monoclonal***. ***Por lo tanto, asegurarlo como justificación médica de que un paciente oncológico debe de ser "vacunado" contra Covid-19,*** no está sustentado en nada. Si bien, es cierto que un estudio investigó la severidad en personas con linfomas de células B que estaban recientemente tratadas y no recientemente tratadas (no solamente con Rituximab, sino con otros tratamientos también), de las casi 5000 personas en ese estudio, solamente 56 estaban "vacunadas" (50 en el grupo no tratado recientemente y 6 en el grupo tratado recientemente), por lo que no fue posible determinar el efecto "protector" o "no protector" de las vacunas en estos pacientes (ver esto). También hay un estudio que evaluó diversos factores que incrementaban el riesgo de Covid-19 severo en pacientes con diferentes tipos de cáncer, pero no tomaron en cuenta la "vacunación".

Por otro lado, dos estudios (en éste se habla de ambos) epidemiológicos que compararon la severidad de Covid-19 entre personas con malignidades hematológicas "vacunadas" y no "vacunadas" encontraron ***que no había diferencia de acuerdo con el estatus "vacunal"***.

Es decir, que no hay ninguna publicación que avale la afirmación del "medico", pero sí hay ciencia que avale lo contrario. Esto, también es lo habitual. Además, no hay que olvidar que los pacientes con cáncer hematológico (como el linfoma esplénico) suelen responder pobremente a la vacunación (1) (2). ***Eso quiere decir que es*** menos probable ***que las "vacunas" sirvieran para proteger contra Covid-19*** (y eso ya es mucho decir, dado que ya se sabe que estas "vacunas" no evitan la infección ni reducen la severidad en personas que tienen sus respuestas inmunes óptimas). En este metanálisis, demostraron que ***las tasas de seroconversión y los títulos de anticuerpos después de las "vacunas" contra la covid-19 son significativamente más bajos en pacientes inmunocomprometidos que en individuos inmunocompetentes***. De igual forma, esta revisión sistemática ***destaca una inmunogenicidad disminuida de las "vacunas" Covid-19, incluidas las "vacunas" basadas en ARNm, en poblaciones inmunocomprometidas, con niveles variables en diferentes tipos de inmunodepresión***. En esta otra publicación, llegan a la conclusión, de que ***la respuesta serológica a la "vacuna" BNT162b2 en pacientes con neoplasias hematológicas malignas se ve considerablemente afectada***. Los diagnosticados con LLC, LNH y MM, y los que reciben CIT, terapia anti-CD20 de agente único, inhibidores de BCL2, inhibidores de BTK, así como inhibidores de JAK2 ***están en riesgo de seronegatividad después de la "vacunación" y, por lo tanto, son potencialmente***

susceptibles a la infección por Covid-19. Por otro lado, otros estudios han demostrado ***una respuesta reducida de anticuerpos después de la vacuna contra la influenza entre pacientes con cáncer, receptores de trasplantes de órganos y aquellos que reciben otros medicamentos inmunosupresores basados en anti-CD20, como rituximab en aquellos con afecciones reumáticas***.

Este inconveniente, en algún artículo intentan solucionarlo siguiendo el "maravilloso" manual del discurso oficial: inoculando más dosis, intentando subir el nivel de anticuerpos de forma constante a base de dosis.

Por ejemplo:

En este artículo dicen lo siguiente: "Se justificarían estrategias adicionales, como la administración de una tercera dosis de vacuna al régimen convencional de dos dosis para las 'vacunas' de ARNm contra la Covid-19 para conferir una mejor seroprotección a estos pacientes", o en este otro, que dicen: "A pesar de la falta de datos sobre la efectividad de la 'vacuna', pueden ser necesarios regímenes de vacunación mejorados".

Lo que habría que preguntarles a los autores es:

¿Acaso un nivel alto de anticuerpos garantiza la protección?

El VRBPAC admitió el 6 de abril que no hay correlatos conocidos de protección (es decir: ***los niveles de anticuerpos*** no le dicen ***quién será inmune***), por lo que estas medidas de anticuerpos ***no tienen*** sentido ***desde el punto de vista médico*** según ellos mismos. Las personas sensatas se dan cuenta de que ***si*** turboalimenta ***la respuesta inmune, también puede turbo cargar los eventos adversos***

¿Se han olvidado de algo que se llama ADE?

¿Cómo es posible que un suero que fue preparado a partir del supuesto coronavirus original, al que por cierto parece que le encanta mutar, pueda servir para conferir inmunidad ante las nuevas supuestas variantes? ¿Se han olvidado que lo impide lo que se llama Pecado Antigénico Original?

¿Se han olvidado de lo que se llama "Agotamiento Inmune", que se puede producir como consecuencia de las inoculaciones repetidas?

Veamos algunas cosas de las que han encontrado. Por ejemplo, esto es lo que nos cuentan en una publicación:

"Se ha notificado un aumento del tamaño de los ganglios linfáticos axilares, subpectorales y subclavios después de la "vacunación" contra el SARS-CoV-2 detectada clínicamente o en imágenes radiográficas realizadas con fines de detección, diagnóstico o monitoreo en pacientes con cáncer. Aunque los informes actuales son en gran medida anecdóticos y la linfadenopatía reactiva observada

en los ensayos clínicos fue rara y solo se observó clínicamente, la tasa y el grado de linfadenopatía observados después de la 'vacunación' contra el SARS-CoV-2 parecen ser más altos en comparación con otras vacunas, por ejemplo, las vacunas contra la gripe. Esta observación sería consistente con la tasa relativamente alta de toxicidades locales y sistémicas, como el dolor en el lugar de la inyección y los síntomas similares a la influenza reportados con las vacunas contra el SARS-CoV-2 basadas en ARNm. La mediana de duración de la linfadenopatía aún no se conoce y es probable que varíe ampliamente entre los pacientes y con diferentes plataformas de "vacunación". Si bien se espera linfadenopatía reactiva a medida que se desencadena una respuesta inmune específica de la vacuna en los ganglios linfáticos drenantes, puede complicar la interpretación correcta de las imágenes radiográficas o conducir a un análisis de diagnóstico adicional y ansiedad para el paciente.

"A partir de nuestra propia práctica y de los informes emergentes en la literatura, hay observaciones anecdóticas del fenómeno de recuerdo de radiación (RRP) en pacientes con cáncer que recibieron "vacunas" de ARNm contra el SARS-CoV-2 después de completar la radioterapia. En estas observaciones iniciales, la RPP se manifestó como eritema, edema, prurito, sensación de ardor y/o exfoliación cutánea leve en las áreas de la piel correspondientes a los sitios irradiados. El inicio de los síntomas varió de varios días a varios meses después de la finalización de la radiación. La afección es una reacción cutánea inflamatoria aguda relativamente poco común que ocurre en un área de la piel que se superpone con un campo de tratamiento de radioterapia anterior y se ha descrito como desencadenada principalmente por medicamentos quimioterapéuticos, pero también por otras terapias, incluidos los antibióticos. Si bien la etiología y la fisiopatología de la PRR no se comprenden completamente, las citoquinas inflamatorias pueden desempeñar un papel. Aunque aún no se conoce la incidencia de este fenómeno en el contexto del SARS-CoV-2, los médicos deben ser conscientes y considerar la posibilidad de educar a sus pacientes al respecto".

Por tanto, recibir las "vacunas" Covid no les ofrece protección ***y solamente los*** expondría ***a los efectos pro-inflamatorios, auto-inflamatorios y pro-oncogénicos del ARNm sintético (si fuera este el tipo de "vacuna" que se aplicara)*** (1) (2). En otras palabras, ***el uso de las inoculaciones antiCovid-19 basadas en ARNm*** incrementaría ***el riesgo de que se agravara el cáncer***. Incluso ***si se usaran las "vacunas" basadas en vectores adenovirales, ahí el riesgo es la*** exposición sostenida ***del antígeno que puede, a su vez, llevar a un estado*** auto-inflamatorio ***que no es benéfico en personas con un proceso cancerígeno***.

Finalmente, en personas que ya pasaron por Covid-19, ***no hay justificación alguna para recibir este producto***. ¿Por qué? Porque ***generaron*** respuestas inmunes ***buenas y de larga memoria (tanto basadas en linfocitos B como en linfocitos T***; esto último es importante porque alguien con linfoma esplénico suele no poder generar linfocitos B adecuadamente, pero sí los linfocitos T). En ese sentido, ***una persona recuperada cuenta con protección inmune*** sólida ***contra cualquier supuesta variante de SARS-CoV-2***, y si se reinfectara (lo cual es poco común en personas con inmunidad generada de forma natural

después de una infección, de acuerdo con un creciente número de publicaciones), es probable que fueran muy leves los síntomas. E incluso, en el caso de que el paciente se reinfectara en el futuro, los protocolos de tratamiento temprano basados en antinflamatorios, inmunomoduladores, trombolíticos, antioxidantes y antivirales como amantadina, que han sido recomendados por diversos médicos que han tratado pacientes con Covid-19 de forma exitosa, son muy eficientes en la gran mayoría de las personas.

Viruela del mono y "vacunas" Covid

La nueva histeria en evolución que rodea a la supuesta aparición de la 'viruela del mono' en las naciones occidentales puede no ser lo que parece ser. Empecemos por decir que existen varias posibles explicaciones para lo que estamos viendo:

La primera, implica aceptar que relamente existe un brote de viruela del mono. Con respecto a esta explicación, un estudio científico publicado el 23 de mayo del 22 por el Instituto Nacional de Salud (NIH) de Portugal sugiere que el brote de viruela del mono en el mundo real puede ser el resultado de algo inquietante.

Los científicos del NIH recolectaron muestras clínicas de 9 pacientes con viruela del mono entre el 15 y el 17 de mayo de 2022 y las analizaron, concluyeron que ***el brote de viruela del mono en varios países que supuestamente estamos presenciando ahora es probablemente el resultado de un solo origen porque todas las secuencias de virus liberadas hasta ahora se agrupan estrechamente***.

También concluyeron que el virus pertenece al grupo de virus de la viruela del mono de África Occidental. Sin embargo, descubrieron que está más estrechamente relacionado con los virus de la viruela del mono que se exportaron desde Nigeria a varios países en 2018 y 2019, a saber, el Reino Unido, Israel y Singapur. ***Ésta es nuestra primera pista de que este último brote puede ser el resultado de un virus*** diseñado ***que se filtra de un laboratorio***.

La siguiente prueba de que este virus se filtró de un laboratorio viene con el hallazgo de que, ***si bien el virus se parece mucho a los exportados de Nigeria en 18/19, sigue siendo diferente con más de 50 polimorfismos de un solo nucleótido (SNP), que son variaciones genéticas***. Los científicos afirman que esto es mucho más de lo que cabría esperar. ***Esto*** indica ***claramente que alguien, en algún lugar, ha estado jugando con este virus en un laboratorio***.

Este estudio, esencialmente, ha descubierto una ***gran cantidad de evidencia que apunta a que el último brote de viruela del mono es el resultado de un virus fuertemente manipulado que se filtró de un laboratorio***.

Si combinamos esto con la simulación de la Conferencia de Seguridad de Munich realizada en marzo de 2021 que casualmente giró en torno a un brote de viruela del mono que comenzó en mayo de 2022 como resultado de una fuga de laboratorio bioterrorista, pues, todo parece apuntar en un sentido.

Richard Neher, biólogo evolutivo computacional de la Universidad de Basilea, ha afirmado públicamente en los principales medios de comunicación que:

"Según las líneas de tiempo evolutivas normales, los científicos esperarían que un virus como el de la viruela del mono recogiera tantas mutaciones en quizás 50 años, no cuatro. Eso es algo notable".

Además, se ha publicado un segundo estudio que ***ha encontrado algo en el supuesto genoma del virus que no debería estar allí***. Los autores del estudio son Jean-Claude Perez y Valère Lounnas del Laboratorio Europeo de Biología Molecular.

Los científicos compararon la evolución de 14 genomas del virus de la viruela del mono con el objetivo de descubrir mutaciones u otras evoluciones virales (recombinación) que puedan explicar el impacto repentino de esta epidemia circulante de muy bajo nivel.

Lo que los científicos descubrieron es que ***el supuesto virus de la viruela del mono circulante contiene una secuencia de 30 T de longitud en el centro del genoma de la viruela del mono, entre el ARN dependiente del ADN y la proteína de inclusión tipo A de la viruela bovina***.

¿Por qué es eso extraño? Porque ***esto nunca se encuentra completamente dentro de una secuencia***. Si bien pueden ser hallazgos comunes al final de un genoma, por ejemplo, al final del virus de la encefalitis del mono, ***casi nunca se encuentran completamente dentro de una secuencia***.

Supuestamente tenemos un virus de la viruela del mono circulando en varios países del primer mundo al mismo tiempo por primera vez en la historia, y este supuesto virus tiene más de 50 mutaciones que han ocurrido en el espacio de 4 años en lugar de los 50 años que debería haber llevado. Y ahora, encima, parece que contiene algo que simplemente no debería estar allí.

No obstante, hay más posibilidades:

Podemos no estar siendo testigos de la propagación del virus de la viruela del mono por los países del primer mundo por primera vez. En cambio, podemos estar presenciando el último intento de promover políticas de bioseguridad draconianas a través de un encubrimiento monumental del daño devastador causado al sistema inmunológico de las personas que han recibido la "vacuna" Covid-19. Daño tan severo que, como hemos visto, acaba en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

La viruela humana del mono es una zoonosis que se cree que ***suele ocurrir esporádicamente en la selva tropical de África occidental y central***. Pero la incidencia exacta y la distribución geográfica en realidad se desconocen porque ***muchos casos no se reconocen. La razón es que comúnmente se confunde con varicela/culebrilla***.

Según un estudio científico publicado en 1988, ***es prácticamente imposible distinguir entre la viruela del mono y la varicela***. Y la varicela es causada por el virus de la varicela-zoster, y al igual que su pariente cercano, el virus del herpes simple, se convierte en un residente de por vida en el cuerpo.

Y al igual que su otro primo, el herpes genital, la varicela puede permanecer en silencio durante muchos años, escondiéndose dentro de las células nerviosas y puede reactivarse más tarde, causando estragos en forma de un trastorno de la piel insoportable, el herpes zóster, que es una erupción cutánea con ampollas y ardor.

Según el estudio, entre 1981 y 1986, 977 personas con erupción cutánea no diagnosticada clínicamente como viruela humana del mono, fueron analizadas en laboratorio en Zaire (ahora conocida como la República Democrática del Congo).

Los resultados fueron los siguientes:

El 3.3% de los casos humanos de viruela del mono se encontraron entre 730 pacientes diagnosticados como casos de varicela, el 7.3% entre los casos diagnosticados como "varicela atípica" y el 6.1% entre los casos con erupción cutánea para los que no se pudo establecer un diagnóstico clínico.

Las dificultades diagnósticas se basaron ***principalmente en las características clínicas características de la varicela***: pleomorfismo regional (en el 46% de los casos mal diagnosticados), distribución corporal indefinida de las erupciones cutáneas (49%) y distribución centrípeta de las lesiones cutáneas (17%). Se observó agrandamiento de los ganglios linfáticos en el 76% de los pacientes mal diagnosticados. ***En ausencia de viruela, el principal problema de diagnóstico clínico es la*** diferenciación ***entre la viruela humana del mono y la varicela***.

La viruela humana del mono se identificó por primera vez en humanos en 1970 en la República Democrática del Congo en un niño de 9 años. Desde entonces, se han informado casos humanos de viruela del mono en 11 países africanos. No fue hasta 2003 que se registró el primer brote de viruela del mono fuera de África, y esto fue en los Estados Unidos. Este brote en particular, se remonta a la importación de pequeños mamíferos de Ghana. Como lo muestra este brote, varios animales pueden contraer la enfermedad: durante ese brote, las ratas y ardillas gigantes dieron positivo para el virus y finalmente lo transmitieron a los perros de las praderas que se venden como mascotas en varios estados del Medio Oeste (según los CDC). Cuarenta y siete personas contrajeron la enfermedad de los perros de la pradera. ***Esta es una historia importante y relevante, porque el supuesto brote actual parece estar*** ocurriendo ***por transmisión de humano a humano, sin un solo individuo rastreado como caso cero, lo cual es bastante sospechoso***. Ha habido algunos otros brotes fuera de África a lo largo de los años por parte de viajeros procedentes de Nigeria.

Los puntos principales que se debemos sacar de esto son que ***la supuesta enfermedad de la viruela del mono es extremadamente rara, rara vez se***

ha visto fuera de África y nunca se ha registrado en varios países fuera de África al mismo tiempo.

Entonces, siendo ese el caso, ¿no es extraño que de repente se nos diga que ahora se están registrando casos de viruela del mono en los EE. UU., Canadá, el Reino Unido, Australia, Suecia, los Países Bajos, Bélgica, Francia, España, Italia y Alemania, todo al mismo tiempo?

Especialmente cuando la Organización Mundial de la Salud ha confirmado que ***no hay*** evidencia ***de que el virus de la viruela del mono haya mutado***.

Si alguien no lo encuentra extraño, entonces el siguiente mapa que muestra los países donde se ha administrado principalmente la inyección Pfizer Covid-19 podría aclararle algo las cosas.

La evidencia sugiere ***que no estamos presenciando un brote de viruela del mono en los países del primer mundo***. En cambio, ***estamos*** presenciando ***las consecuencias del daño que las inyecciones de Covid-19 han*** causado ***en los sistemas inmunológicos en los mismos países del primer mundo, y las autoridades se apresuran a encubrirlo***.

El virus del herpes simple (VHS) es una causa frecuente ***de enfermedad cutánea ulcerativa tanto en personas inmunodeprimidas como inmunocompetentes***. La mayoría de las personas infectadas con el VHS no presentan síntomas o presentan síntomas leves que pasan desapercibidos.

Cuando aparecen los síntomas, inicialmente se presentan con hormigueo y/o enrojecimiento, ***seguidos de lesiones similares a*** ampollas ***que rápidamente se convierten en llagas abiertas y supurantes. Las*** llagas ***suelen ser bastante dolorosas y pueden ir acompañadas de fiebre e inflamación de los ganglios linfáticos***.

En las personas inmunocomprometidas***, como las que tienen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la frecuencia y los síntomas de los brotes de VHS a veces pueden ser*** graves ***y se propagan desde la boca o los genitales hasta los tejidos más profundos de los pulmones o el cerebro***. Como tal, el VHS ha sido clasificado como una " condición definitoria de SIDA" si dura más de un mes o se presenta en los pulmones, los bronquios o el esófago.

Múltiples estudios han encontrado que la "vacuna" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19) está provocando más casos de varicela.

El virus de la varicela, conocido como virus de la varicela-zoster, es uno de los ocho virus del herpes conocidos que pueden infectar a los seres humanos. Después de que las personas contraen y se recuperan de la varicela, por lo general a una edad temprana, adquieren inmunidad al virus de por vida.

Pero el virus de la varicela en realidad nunca sale de sus cuerpos. Solo permanece latente en sus sistemas nerviosos durante años ***hasta que se*** reactiva, ***generalmente como culebrilla o herpes zoster (HZ)***.

El primer estudio para ver la correlación entre las "vacunas" Covid-19 y la varicela proviene de Israel. Este estudio, publicado en la revista médica mensual Rheumatology, investigó a seis mujeres que tenían trastornos autoinmunitarios. Todas desarrollaron culebrilla de tres a 14 días ***después de recibir la primera o la segunda dosis de la "vacuna" de ARNm contra la Covid-19 de Pfizer***.

"Hasta donde sabemos, no hubo informes de erupción cutánea similar a la varicela o HZ en los ensayos clínicos de "vacunas" Covid-19 basadas en ARNm y nuestra serie de casos es la primera en informar esta observación en pacientes a una edad relativamente joven", escribieron los autores del estudio.

En Taiwán, investigadores publicaron en la revista médica revisada por pares QJM un caso diferente que involucraba a tres hombres sanos, dos adultos mayores y un anciano, que desarrollaron culebrilla entre dos y siete días después de la primera dosis de la "vacuna" de ARNm de Moderna o la "vacuna" de vector viral de AstraZeneca.

Los investigadores señalaron que no se sabe que HZ se reactive después de la administración de otras vacunas, pero su estudio estableció ***el vínculo entre las "vacunas" Covid-19 y la aparición de herpes zóster***.

Los investigadores taiwaneses están seguros del vínculo debido a la breve demora entre la "vacunación" y la emergencia y al hecho de que los tres pacientes que estudiaron tenían sistemas inmunológicos saludables antes de la "vacunación".

Los autores del estudio taiwanés también señalaron que han visto un número cada vez mayor de informes que asocian HZ con las vacunas de ARNm contra el Covid-19, y que su estudio fue el primero en establecer el vínculo entre el herpes zóster y una "vacuna" contra la Covid-19 no basada en ARNm como AstraZeneca.

Un estudio, publicado en la Revista de la Academia Europea de Dermatología y Venereología, encontró que la evidencia de más de un millón de "vacunas" contra la Covid-19 es consistente con una mayor incidencia de herpes zóster.

Según los investigadores, ***las personas "vacunadas" que recibieron una "vacuna" contra la Covid-19 tenían una probabilidad "estadísticamente muy significativa" de contraer culebrilla, especialmente en comparación con las personas no "vacunadas"***.

"La reactivación del virus de la varicela zóster parece ser una reacción adversa a las 'vacunas' contra la Covid-19", escribieron los autores. Agregaron que "la 'vacunación' contra Covid-19 parece aumentar potencialmente el riesgo de precipitar HZ".

Uno de los documentos internos de Pfizer contenidos en el volcado de datos por orden judicial es éste. La página 21 del documento confidencial contiene datos sobre eventos adversos de especial interés, siendo uno de ellos específicamente las infecciones por virus del herpes.

En tan solo 2 meses después de conseguir la autorización de uso de emergencia en Estados y Reino Unido, Pfizer había* recibido *8152 informes relativos a infección por herpes, 18 de los cuales llevaron a SDOM (Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple), que se define como una disminución potencialmente reversible de la función de uno o más órganos que no son capaces de mantener la homeostasis sin un respaldo terapéutico. El término disfunción implica un proceso continuo y dinámico en la pérdida de la función de un órgano, siendo la etapa final en la claudicación de la función de dicho órgano lo que denominamos disfunción. Es una respuesta inflamatoria sistémica y disfuncional que requiere una estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Se considera como un conjunto de síntomas y signos de patrón diverso, que se relacionan en su patogenia, están presentes por lo menos durante 24 a 48 horas y son causados por disfunción orgánica, en grado variable, de dos o más sistemas fisiológicos, con alteración en la homeostasis del organismo, y cuya recuperación requiere múltiples medidas de soporte avanzado.

Asimismo debemos definir el SDOM primario que es el que ocurre una vez que cualquier sistema orgánico falla, en forma evidente o sea como resultado directo de una lesión conocida, por ejemplo, después de un episodio de insuficiencia respiratoria aguda por lesión pulmonar después de un trauma tisular global o contusión pulmonar, la insuficiencia renal aguda por rabdomiólisis y a la coagulopatía por politransfusión. El SDOM secundario es el que se presenta en el contexto de una respuesta inflamatoria sistémica, o consecuencia de la respuesta del huésped a una agresión, englobándose en el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) que es el nexo que media entre la injuria (infecciosa o no) y el SDOM.

El SRIS y el SDMO son la vía final común de muerte en pacientes severamente enfermos o lesionados, en los que la tecnología avanzada existente en las UCI ha posibilitado su resucitación.

Son varios los órganos y sistemas que están expuestos al riesgo de entrar en disfunción, en pacientes en estado crítico, dentro de los más propensos descritos en la literatura están: respiratorio, renal, cardiovascular, neurológico, hepático y hematológico. No existen criterios uniformes para definir la insuficiencia o disfunción de un órgano determinado, pues la mayoría de los autores utilizan su propia terminología y parámetros, lo que añade confusión a un campo ya complejo.

Son múltiples los factores de riesgo o predisponentes relacionados con el desarrollo del SDOM que pueden contribuir a la aparición de alteraciones en el

proceso de respuesta ante las agresiones. Frecuentemente un paciente evidencia varios de ellos al mismo tiempo. Los factores más comúnmente encontrados son:

- Reanimación retrasada o inadecuada
- Foco infeccioso o inflamatorio persistente
- Presencia de hematomas
- Edad de 65 años o más
- Disfunción orgánica previa
    - Enfermedad renal con uremia
    - Enfermedad respiratoria crónica (obstructiva o restrictiva)
    - Insuficiencia cardiaca congestiva
    - Enfermedad hepática
- Deficiencias inmunitarias
    - Diabetes.
    - Alcoholismo
    - Malnutrición
    - Cáncer
    - Tratamiento con esteroides
    - Tratamiento con citostáticos
    - SIDA
- Anormalidades fisiológicas serias al ingreso en la UCI

Se** caracteriza **por una alta tasa de mortalidad dependiendo del número de órganos involucrados. ***Puede ser causado por una infección por herpes***, como lo demostró este estudio científico en 2012 o éste de 2007.

Si analizamos las cifras oficiales, por ejemplo, los datos puestos a disposición por el gobierno de los EE. UU., también sugieren fuertemente que el presunto brote de "viruela del mono" puede no ser lo que parece ser. ***La enfermedad es casi imposible de** distinguir **de la varicela/culebrilla, y los datos del gobierno de Estados Unidos** revelan **que la "vacunación" contra la Covid-19 aumenta el riesgo de desarrollar culebrilla en un 4925% como mínimo***.

Los datos puestos a disposición por el gobierno de los EE. UU., más específicamente los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), sugieren

fuertemente que no estamos presenciando un brote de viruela del mono en absoluto, sino que estamos presenciando un* encubrimiento *de la culebrilla inducida por la "vacuna" Covid-19.

De acuerdo con la base de datos VAERS de los CDC, al 3 de junio de 2022, los CDC habían procesado 18 026 informes relacionados con infecciones por herpes y culebrilla que ocurrieron como reacciones adversas a las inyecciones de Covid-19. Y ***la gran mayoría de estos informes han sido el* resultado *de las inyecciones de ARNm antiCovid-19 de Pfizer y Moderna***. La "vacuna" de vector viral de Janssen tuvo 693 informes de infecciones de herpes/culebrilla en su contra. Mientras que la "vacuna" Moderna tuvo 5321, y la punción de Pfizer 12 507.

Mientras tanto, según la misma base de datos VAERS, los CDC solo recibieron 1052 informes relacionados con infecciones por herpes/culebrilla que ocurrieron como reacciones adversas a todas las vacunas contra la gripe disponibles entre los años 2008 y 2020. Esta cifra por sí sola muestra que ha habido ***un aumento del* 1614% *en los eventos adversos relacionados con el herpes/culebrilla debido a las inyecciones de Covid-19***.

Muchos argumentan que este aumento se debe simplemente a que se han administrado tantas inyecciones contra Covid-19. Pero cualquiera que argumente esto estaría completamente equivocado porque los datos oficiales de los CDC muestran que ***se administraron casi 3 veces más vacunas contra la gripe entre 2008 y 2020 que las inyecciones antiCovid-19 administradas hasta el 3 de junio de 2022***.

Según los CDC, se administraron 1700 millones de vacunas contra la gripe entre 2008 y 2020. Pero según 'Our World in Data', hasta el 27 de mayo de 2022, se habían administrado 588.04 millones de inyecciones antiCovid-19 en los EE. UU.

Ahora que conocemos estas cifras, podemos usarlas para calcular la tasa de eventos adversos relacionados con las infecciones por herpes/culebrilla por cada millón de dosis administradas.

Número de dosis administradas / 1 millón = Y

Número de eventos adversos / Y = Tasa de eventos adversos por 1 millón de dosis

Los resultados los podemos ver en esta gráfica:

Según los datos oficiales disponibles de 2008 a 2020, ***hubo 0.6 eventos adversos relacionados con infecciones por herpes/culebrilla por cada millón de dosis de vacuna contra la gripe administrada en los EE. UU***. Pero según los datos oficiales disponibles hasta el 3 de junio de 2022, ***ha habido 30.7 eventos adversos relacionados con infecciones por herpes/culebrilla por cada millón de dosis de la "vacuna" Covid-19 administrada en los EE. UU***.

Es importante tener en cuenta que los CDC han admitido que creen que ***solo del 1 al 10% de los eventos adversos se informan realmente a VAERS*** (ver apartado titulado: "Deficiencia en los reportes"), por lo tanto, ***las tasas por 1 millón de dosis podrían ser significativamente* más altas *para ambas inyecciones***.

Los datos disponibles muestran que ***la tasa de eventos adversos relacionados con infecciones de herpes/culebrilla por millón de dosis de inyección de Covid-19 administrada es un* 4925% *más alta que la tasa de eventos adversos relacionados con infecciones de herpes/culebrilla por millón de dosis de vacuna contra la gripe administrada***. Por lo tanto, estos datos oficiales del gobierno de EE. UU., prueban que ***la "vacunación" contra la Covid-19 aumenta el riesgo de una persona de desarrollar culebrilla en un 4925% como mínimo***.

De igual forma, si metemos en la ecuación a las vacunas contra el VPH/la viruela y al SDOM: el gráfico nos muestra los eventos adversos informados a VAERS relacionados con el herpes, la culebrilla y el síndrome de disfunción multiorgánica. Muestra la cantidad de eventos adversos informados contra las vacunas contra la gripe, todas las vacunas combinadas (excluyendo las inyecciones de Covid-19) y las vacunas contra el VPH/la viruela entre 2008 y 2020. Así como la cantidad de eventos adversos informados contra las inyecciones antiCovid-19 hasta el 13 de mayo de 2022.

Como se puede observar también en este gráfico, ***las inyecciones contra la Covid-19* causaron *la mayoría de las infecciones relacionadas con el herpes, y esto en 17 meses***. Al comparar estos con el número de brotes notificados contra las vacunas contra el VPH/la viruela en 13 años, ***estos números son extremadamente preocupantes***.

El Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud se reunió el jueves 23 de junio de 2022 para evaluar si el presunto brote de viruela del mono representaba una emergencia de salud pública de interés internacional. Según los datos expuestos, en realidad, se podían haber reunido para declarar una emergencia de salud pública de interés internacional por el herpes zóster inducido por la "vacuna" contra la Covid-19.

Los documentos confidenciales de Pfizer también enumeran otra* condición *que tiene similitudes extremas con la viruela del mono: la enfermedad ampollar autoinmune. La condición está oculta dentro de la larga lista de 9 páginas de eventos adversos de especial interés al final del documento.

La enfermedad ampollosa autoinmune causa ampollas en la piel y las membranas mucosas de todo el cuerpo. Puede afectar la boca, la nariz, la garganta, los ojos y los genitales. En general, las lesiones están confinadas a la piel y a las mucosas cercanas a la piel. ***Las ampollas que aparecen en estas estructuras* provocan *trastornos clínicos por sí mismas o por efecto de sus secuelas (erosiones, cicatrices, sobreinfecciones)***. Se suele tratar de enfermedades crónicas. ***Su*** evolución ***puede ser autolimitada, pero también mortal y, más allá de***

estas formas evolutivas, pueden derivar ***en déficits funcionales graves (como ceguera)***. Dado que las lesiones ampollosas pueden aparecer en la piel y la mucosa, este grupo de enfermedades también recibe el nombre de mucodermatosis autoinmunes ampollosas.

En condiciones normales el sistema inmune reconoce y tolera ***cualquier mecanismo que pudiera dañarlo***. ***En las enfermedades autoinmunes esa tolerancia se*** interrumpe ***y se desencadena una respuesta humoral o mediada por células***. De este modo, ***algunas zonas de la piel se*** convierten ***en el sitio de daño inmunológico o molécula antigénica que, a su vez, genera anticuerpos circulantes dirigidos contra esa área, en esto intervienen varios procesos que causan la*** ruptura ***de la integridad del tejido y favorecen la acumulación de líquido, es decir forman una*** ampolla ***que puede ser intraepidérmica o subepidérmica, o localizarse en la unión dermoepidérmica***

Las enfermedades autoinmunes ampollosas son desencadenadas ***por autoanticuerpos (normalmente inmunoglobulinas IgG) dirigidos contra determinadas proteínas (antígenos principales) responsables de la coherencia celular***. Según dicen, se desconoce la causa del desarrollo de estos anticuerpos, sin embargo, teóricamente, este tipo de anticuerpos son derivados de una supuesta infección por SARS-CoV-2 y también producidos como consecuencia de la inoculación de las “vacunas” antiCovid. La cohesión se puede ver alterada por el ‘acoplamiento’ de los anticuerpos a proteínas desmosómicas o hemidesmosómicas, pero también por acción de procesos inflamatorios que provocan una pérdida funcional de las estructuras responsables de la cohesión celular. ***Las inmunoglobulinas IgG se*** unen ***directamente a un complejo proteico de los desmosomas (desmogleína III en la mucosa, desmogleína I en la piel) de los queratinocitos, lo que*** desencadena ***una acantólisis*** (que consiste en la pérdida de conexión entre los queratinocitos de la epidermis como resultado de la destrucción de los desmosomas intercelulares que conlleva la formación de hendiduras y vesículas intraepidérmicas).

Se barajan diversos factores desencadenantes, entre ellos infecciones bacterianas o víricas, traumatismos o tumores. Algunos "expertos" creen que se desencadena cuando una persona que tiene una tendencia genética a tener esta afección entra en contacto con un desencadenante ambiental. Esto podría ser un químico o un medicamento, cómo puede ser la inyección antiCovid-19 de Pfizer.

En la piel aparentemente sana pueden aparecer ampollas aisladas o múltiples de distribución irregular y con un contenido amarillento o hemorrágico. Estas lesiones se pueden secar y evolucionar a costras o dar lugar a erosiones dolorosas. El signo de Nikolski suele ser positivo, pero no es diagnóstico. Las lesiones cutáneas muestran un aspecto dimórfico: junto a ampollas nuevas que pueden ser flácidas o tensas se encuentran erosiones o grupos de lesiones costrosas.

Pero, ¿qué mecanismo de “vacunación” contra la Covid-19 puede estar causando que esto suceda?

La respuesta radica en el hecho de que ***las inyecciones antiCovid-19 hacen que los receptores* desarrollen *el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida***, como hemos visto en el apartado anterior y veremos en el apartado "Efectividad". ***Esto, a su vez,* conduce *a brotes de infecciones por herpes que provocan afecciones como el herpes zóster, la enfermedad ampollosa autoinmune y el síndrome de disfunción orgánica múltiple***. Pero las autoridades nos dicen que la viruela del mono es la culpable en un intento de encubrir las consecuencias del daño que la "vacunación" contra la Covid-19 ha causado al sistema inmunitario natural.

Los documentos confidenciales de Pfizer sugieren esto, la base de datos VAERS de los Centros para el Control de Enfermedades sugiere esto, los datos gubernamentales publicados en todo el mundo sugieren esto y este estudio científico publicado en octubre de 2021 sugiere esto.

Los medios de comunicación de todo el mundo, están en alerta roja por el supuesto primer brote de viruela del mono desde mediados de mayo de 2022, solo un año después de que una conferencia internacional de bioseguridad en Munich realizara una simulación de una "pandemia global que involucra una cepa inusual de la viruela del mono" a partir, curiosamente, de mediados de mayo de 2022.

Aceptando que realmente existieran los casos que dicen que existen, no debemos olvidar que el virus de la viruela del mono que se origina en varias regiones de África, está relacionado con SmallPox (Variola), ambos miembros del género Orthopoxvirus. Sin embargo, es importante entender que Variola (mayor o menor) es la especie de virus responsable de la peor enfermedad humana causada por el Orthopoxvirus. Por ejemplo, Cowpox, Horsepox y Camelpox también son miembros de este género, pero ninguno de los cuales es una amenaza importante para la salud de los humanos, y uno de los cuales (Cowpox) incluso se ha utilizado (históricamente) como vacuna contra la viruela.

El punto es que ***solo porque la viruela del mono, Monkeypox está relacionado con la viruela, Smallpox, esto* no significa *de ninguna manera que represente una amenaza similar para la salud pública***. Cualquier persona que insinúe lo contrario está básicamente involucrada o apoyando la propaganda armada relacionada con la salud pública. En otras palabras, ***difundir el miedo a la salud pública***.

***Los síntomas de la viruela del mono son algo similares a los de la viruela, pero mucho más* leves**. La presentación clínica general de la enfermedad causada por el virus del clado de la viruela del mono de África occidental implica síntomas parecidos a los de la gripe (fiebre, dolores corporales, escalofríos) junto con ganglios linfáticos inflamados.

A menudo se observa una erupción en la palma de la mano. En la última etapa de la enfermedad, que puede durar hasta un mes o más en algunos casos, puede haber pequeñas lesiones que desarrollan una costra y que pueden dar como resultado una pequeña cicatriz despigmentada.

Además, ***el conocimiento médico actual* indica *que solo se transmite por contacto de persona a persona entre un individuo no infectado y alguien que ya tiene síntomas de la enfermedad***. Por lo tanto, ***la propagación de la enfermedad se puede* controlar *fácilmente mediante intervenciones clásicas de salud pública, como el rastreo de contactos, la cuarentena temporal de quienes han tenido contacto físico con alguien que está infectado y la cuarentena a más largo plazo de quienes desarrollan síntomas***.

La viruela del mono es endémica en muchas partes de África y es un virus "zoonótico", lo que significa que puede transmitirse de una variedad de animales (no solo monos) a los humanos. La transmisión inicial de animal a humano, seguida de una transmisión limitada de humano a humano, es probablemente la causa de los casos esporádicos observados típicamente en África.

La varicela, que es altamente transmisible, no forma parte del género cuarentena temporal de quienes han tenido contacto físico con alguien que está infectado y cuarentena a más largo plazo de quienes desarrollan síntomas. La varicela, no forma parte del género Orthopoxvirus , a pesar de ese nombre "viruela". Una vez más para enfatizar, Cowpox y Camelpox también pertenecen al género Orthopoxvirus, y no son particularmente patógenos cuando los contraen los humanos; ***el hecho de que Monkeypox sea un virus de la "viruela" del género Orthopoxvirus* no significa *que sea particularmente mortal***.

La viruela del mono es un virus de ADN de doble cadena, lo que significa que, debido a la naturaleza de doble cadena del ADN, cada una de las dos cadenas actúa como un "control" de la otra durante la replicación. ***Como consecuencia de esta "comprobación de errores", éste y otros virus de ADN mutan mucho más* lentamente *que los virus de ARN***. Con el tiempo, los genomas de virus de ADN son relativamente estables. Esto significa que, a diferencia del supuesto SARS-CoV-2 (Covid) o la influenza, ***es poco probable que la viruela del mono evolucione rápidamente para escapar de la inmunidad adquirida de forma natural***.

Los datos actuales* indican *que la viruela del mono no es muy infecciosa en los humanos: tiene un Ro bajo (quizás por debajo de 1), que es el término utilizado para describir la eficiencia con la que una enfermedad infecciosa se puede propagar de humano a humano. Una vez más, ésta, es una muy buena noticia para la contención. ***Un Ro de <1 generalmente* significa *que (incluso en ausencia de distanciamiento social u otras medidas de contención), por cada persona ya infectada, en promedio menos de una persona más se infectará***.

Por tanto, considerando lo expuesto anteriormente y aún aceptando la versión oficial, la viruela del mono es un virus que es endémico en África, surge esporádicamente después de la transmisión a los humanos de los huéspedes animales y, ***por lo general, se transmite por contacto humano* cercano**. ***Se controla fácilmente con las medidas clásicas de salud pública. No tiene una alta tasa de mortalidad. A menos que haya habido alguna* alteración**

genética***, ya sea a través de la evolución o la manipulación genética intencional, no es una amenaza biológica significativa y nunca se ha*** considerado ***un patógeno de alta amenaza en el pasado***.

El siguiente paso lógico para mantener la narrativa de la 'viruela del mono', igual que sucedió con la narrativa relativa a la Covid-19, es hablar de vacunación. Lo que pasa es que en esa narrativa, no se incluyen algunos detalles importantes:

Si tienen miedo a enfermarse de pox de los monos, entonces necesitan comprender algo importante. ***La inmunidad generada de forma natural o a través de la vacunación contra la viruela del humano es protectora de por vida***. Recordemos que el sistema inmune adaptativo, el que involucra las respuestas de los linfocitos B y T, puede durar muchísimo tiempo, a veces toda la vida. Pues, éste, junto con el virus asociado a la enfermedad llamada Sarampión, es uno de los casos más emblemáticos. ***La protección que se obtiene es buena***. La enfermedad fue erradicada del planeta en 1979 (no así el virus; este se guarda en al menos dos sitios en el mundo: los CDC en los Estados Unidos y en un centro de investigación en Rusia ya que nunca quisieron destruirlo a pesar de los acuerdos internacionales para hacerlo), y se dejó de vacunar en esa década a los humanos contra este agente infeccioso de la siguiente forma:

En España se dejó de vacunar contra viruela en 1980. Eso quiere decir que la inmensa mayoría de los españoles que en este momento tengan más de 43 años, cuentan con una protección robusta contra el virus de la viruela, y esa protección se extiende al virus de la viruela de los monos y de las vacas.

En México, se dejó de vacunar contra viruela entre 1972 y 1977, por lo que de forma conservadora, podemos decir que la mayoría de la gente que en este momento tengan más de 50 años, es inmune contra viruela/pox de los monos/pox de las vacas.

En Chile, pese a que la enfermedad se erradicó en 1959 en ese país, se vacunó contra viruela hasta 1978, por lo que podemos decir que la gente nacida en Chile que tengan en este momento más de 45 años, es inmune contra viruela/pox de los monos/pox de las vacas.

En Argentina y Uruguay, se vacunó contra viruela hasta 1978, por lo que podemos decir que la gente nacida en Argentina o en Uruguay que tengan en este momento más de 45 años, es inmune contra viruela/pox de los monos/pox de las vacas.

En Honduras, se vacunó contra viruela hasta 1977, por lo que podemos decir que la gente nacida en Honduras que tengan en este momento más de 46 años, es inmune contra viruela/pox de los monos/pox de las vacas.

En Ecuador y Perú, se vacunó contra viruela hasta 1978, por lo que podemos decir que la gente nacida en Ecuador y Perú, que tengan en este momento más de 45 años, es inmune contra viruela/pox de los monos/pox de las vacas.

En los Estados Unidos se dejó de vacunar contra viruela en 1972, por lo que ahí estaríamos hablando de que la gran mayoría de la gente que en este momento tengan más de 50 años, es inmune contra viruela/pox de los monos/pox de las vacas.

Como se vacunaba entre los 12 y 15 meses de edad, en general, ***personas que ahora tienen más de 50 años sin importar el país en el cuál hayan nacido,*** cuentan con inmunidad ***contra el virus de la viruela humana, pox de los monos, pox de las vacas o cualquier otro Poxvirus del mismo género (Orthopoxvirus)***. ¿Por qué? Porque hay protección inmune heteróloga entre los integrantes de este género viral.

No somos ecuaciones matemáticas, así que no se puede decir que ***la protección*** sea del 100%, pero sí ***del*** 85% para arriba. De cualquier manera, ***la*** patología ***que ocasionan las infecciones con el virus del pox de los monos en personas sanas que tengan un sistema inmune que funciona adecuadamente, no es, para nada, igual que el que*** ocasiona ***el virus de la viruela humana. Es muchísimo más leve, en la mayoría de los casos autolimitante***.

Aspectos que debemos recordar:

1) No es un virus de fácil transmisión entre humanos y no existen los casos asintomáticos. Este virus no se transmite ***fácilmente de persona a persona, ya que, como hemos visto,*** exige ***un contacto físico muy cercano (el mayor riesgo es estar en contacto con llagas/lesiones/pústulas abiertas y supurantes de una persona infectada). Uno necesita tener*** contacto físico cercano ***con las lesiones/pústulas (contenido de las lesiones/pústulas). También se puede transmitir a través de*** gotitas respiratorias ***de lesiones/ampollas en la boca de una persona infectada***.

2) En al menos algunos casos, lo que están denominando "casos de pox de los monos", no tiene las lesiones distintivas de esa enfermedad. De hecho, están incluyendo fotos de lesiones de herpesvirus zóster y llamándole pox de los monos.

3) Existen tratamientos:

Por ejemplo, en Estados Unidos, el tratamiento de la viruela del mono es principalmente sintomático, ya que actualmente no existe un tratamiento antiviral específico. Las personas con enfermedades graves, los pacientes inmunocomprometidos, los niños menores de 8 años y las personas embarazadas deben ser considerados para recibir tratamiento antiviral después de consultar con los CDC. ***Actualmente hay 2 medicamentos antivirales que se pueden usar para las infecciones de viruela del mono***: tecovirimat y brincidofovir.

Tecovirimat (Tpoxx) previene la formación de la envoltura viral al inhibir p37, una proteína altamente conservada en todos los ortopoxvirus. El tecovirimat fue aprobado por la FDA para el tratamiento de la viruela en 2018, y los CDC cuentan

con un protocolo de nuevo fármaco en investigación de acceso ampliado (EA-IND, por sus siglas en inglés) que permite su uso en ortopoxvirus distintos de la viruela, como el virus de la viruela del mono.

Se dice que el medicamento Tpoxx es bastante seguro, sin embargo, solo se probó en 359 personas en un ensayo de fase 3, según la etiqueta. Al menos uno experimentó cambios en el electrocardiograma (cardiaco) y al menos uno tuvo una caída en su conteo sanguíneo. Otro tenía púrpura palpable, que puede ser bastante grave, generalmente como resultado de una vasculitis autoinmune. La hinchazón facial sugiere anafilaxia. ***Esa es una tasa de** más del 1% **que experimenta eventos adversos graves después de tomar el medicamento durante 14 días o menos***.

En 2018, la FDA otorgó una licencia al medicamento. El NYT explicó cómo sucedió esto:

La píldora antiviral, tecovirimat, también conocida como Tpoxx, nunca ***se ha*** probado ***en humanos con viruela*** porque la enfermedad se declaró erradicada en 1980, tres años después del último caso conocido.

"Pero fue muy eficaz para proteger a los animales infectados deliberadamente con viruela del mono y viruela del conejo, dos enfermedades relacionadas que pueden ser letales. ***Tampoco causó efectos secundarios graves cuando se probó la seguridad en 359 voluntarios humanos sanos***", dijo la FDA, obviamente, mentía, comportamiento que ya hemos visto que es habitual.

Brincidofovir es un profármaco de cidofovir, un fármaco aprobado para el tratamiento de la retinitis por citomegalovirus (CMV) en pacientes con SIDA. No se han observado toxicidad renal grave u otros eventos adversos graves con brincidofovir durante el tratamiento de infecciones por CMV, por lo que puede tener un mejor perfil de seguridad que el cidofovir, pero la experiencia clínica es limitada. Brincidofovir fue aprobado por la FDA para el tratamiento de la viruela en 2021 y, al igual que con tecovirimat, los CDC tienen un EA-IND que permite su uso con el virus de la viruela del mono. Sin embargo, brincidofovir actualmente no está disponible en la Reserva Nacional Estratégica de EE. UU.

La inmunoglobulina vaccinia intravenosa (VIGIV) ***se puede considerar para pacientes con infección grave por viruela del mono o como profilaxis en individuos expuestos con inmunodeficiencia de células T, para quienes la vacunación contra la viruela está*** contraindicada. Sin embargo, actualmente se desconoce si estas personas con infección por viruela del mono se beneficiarán del tratamiento con agentes antivirales o VIGIV. Para acceder a cualquiera de estas terapias contra la viruela del mono, los médicos deben comunicarse con las autoridades de salud estatales y territoriales, quienes luego pueden obtener recomendaciones del Centro de Operaciones de Emergencia de los CDC.

4) En personas sanas, con un sistema inmune funcional, no ocasiona enfermedad grave y es autolimitante.

Como hemos visto, ***una parte importante de la población ya está vacunada, del resto, la gran mayoría, incluidos los niños, corren un*** riesgo muy bajo.

Hasta el 17 de junio, 42 países habían informado 2103 casos de viruela símica confirmados por laboratorio este año y 1 muerte, según una actualización de la OMS. ***La mayoría de estos casos se identificaron en Europa***, 524 de ellos solo en el Reino Unido. Para el 23 de junio, el número de casos confirmados a nivel mundial había aumentado a más de 3200 en 48 países. Hasta el 24 de junio, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. Informaron 201 casos confirmados en 25 estados y el Distrito de Columbia.

Según la actualización de situación de la OMS del 27 de junio del 22, desde el 1 de enero y hasta el 22 de junio de 2022, se habían notificado a la OMS 3413 casos confirmados por laboratorio y una muerte en 50 países/territorios en cinco Regiones de la OMS.

La mayoría de los casos confirmados por laboratorio (2933/3413; 86%) se notificaron en la región europea de la OMS. Otras regiones que informaron casos incluyen: la Región de África (73/3413, 2%), la Región de las Américas (381/3413, 11 %), la Región del Mediterráneo Oriental (15/3413, <1%) y la Región del Pacífico Occidental (11/ 3413, <1%). Se informó una muerte en Nigeria en el segundo trimestre de 2022.

No hay base, ninguna, cero, para la vacunación masiva de la población/global con cualquier vacuna como respuesta a la viruela del mono. Con base en el conocimiento médico hasta la fecha, ***el riesgo es extremadamente bajo para la población general*** y, a menos que surja evidencia dramáticamente diferente, los medios de comunicación necesitan detener la campaña de pánico que genera miedo.

Otro detalle importante que no incluye la narrativa oficial es contarnos los posibles efectos de la inyección:

La inoculación ***con el virus vaccinia, si bien se considera*** eficaz ***para la prevención de la infección de la viruela, también está*** asociada ***con diferentes efectos secundarios*** conocidos ***que van desde leves y autolimitados hasta graves y potencialmente mortales***. Se sabe que causa una alta tasa de efectos secundarios, que incluyen miocarditis y pericarditis, ataques cardíacos e insuficiencia cardíaca. En esta publicación, afirman lo siguiente:

"***Aumentar el número de personas vacunadas conducirá inevitablemente a aumentos en la morbilidad y mortalidad debido a la vaccinia, y la evidencia actual sugiere que se produciría un daño neto si la vacuna contra la viruela se pusiera a disposición del público en general de forma voluntaria***".

Entre las secuelas más graves relacionadas con la vacuna se encuentra la miocarditis. Aunque se ha informado miocarditis después de muchas vacunas

diferentes, ***la vacuna contra la viruela tiene la asociación más* fuerte** (ver también este apartado más adelante), sin olvidarnos de los destrozos que están ocasionando las "vacunas" Covid a este respecto entre otros. ***Algunos pacientes* desarrollan *insuficiencia cardíaca crónica e incluso la muerte***. La miocarditis asociada a la vacuna siempre debe estar en el diferencial para pacientes que muestran síntomas cardiopulmonares después de vacunas recientes.

En 2015, los médicos militares estadounidenses describieron un estudio de 1081 soldados jóvenes sanos que recibieron la vacuna contra la viruela como parte de su servicio militar. En el estudio encontraron:

5 soldados o el 0.046% (alrededor de 1 de cada 216 vacunados) desarrollaron un caso clínico de miocardiopatía o pericarditis. ***Esto es más de 200 veces la tasa esperada***.

Otros 31 receptores de la vacuna tenían enzimas cardíacas elevadas.

Al sumar estos 2 grupos (36 de 1081 soldados), encontramos que ***uno de cada 30 soldados tenía una inflamación cardíaca diagnosticada en laboratorio. Ellos también tenían un riesgo* elevado *de arritmia cardíaca y/o función cardíaca reducida, y pueden haber tenido un riesgo más alto de infarto de miocardio***.

Si creemos que uno de cada treinta es increíblemente alto, un estudio finlandés de reclutas militares publicado en 1978 encontró la misma ***tasa del 3% después de la vacuna contra la viruela y la DTP, según los cambios de EKG***.

La vacuna contra la viruela, cuando se usaba rutinariamente en bebés, se* considerada *la vacuna disponible más peligrosa. Condujo ***a la* muerte *de varias personas por millón de administraciones***.

La forma más fácil para que la industria de las vacunas venda al mundo la forma más peligrosa de "medicina", es borrar la historia de su pésimo desempeño, y los datos que revelan que los riesgos superan con creces los beneficios. Volvamos a mostrar los datos reales sobre la viruela que se registraron en los informes oficiales del Registrador General de Inglaterra; lo haremos con un resumen histórico:

A principios de la década de 1830 hubo brotes masivos en Alemania donde 995 personas vacunadas contrajeron viruela en Wurtemberg. Ese mismo año, 2000 personas en Marsella, Francia, que estaban completamente vacunadas contrajeron la viruela. A fines de la década de 1850, la vacunación en Inglaterra se hizo cumplir con multas por no ser pinchado, sin embargo, la epidemia de viruela que comenzó justo después de esa campaña de vacunación forzada mató a 14 000 personas.

Cuantas más personas se vacunaran después de eso en Inglaterra, más grave sería la epidemia que estallaría. En 1863, la viruela se había cobrado más de 33

000 vidas, a pesar de los programas de vacunación masiva aplicados en todo el país. En 1865, una segunda epidemia cobró otras 20 000 vidas. Luego, de 1870 a 1872, otra ola epidémica se cobró más de 44 000 vidas en Inglaterra, pero aún así, se produce el programa de vacunación masiva, infligiendo caos, confusión, pánico y cobrando vidas por decenas de miles. Se parece mucho al programa de "vacunación" Covid-19.

En 1906 en Inglaterra, se registraron 21 muertes por el virus de la viruela (variola), pero se registraron 29 muertes por la vacuna contra la viruela. Un año después, se registraron 10 muertes causadas por el virus y 12 muertes causadas por la vacuna contra la viruela. El siguiente año, más muertes provocadas por la vacuna que por el virus, otra vez. Durante la siguiente década, para los niños menores de 5 años que recibieron la vacuna contra la viruela, se registraron 128 muertes causadas por la vacuna, pero solo 34 muertes causadas por el virus en ese mismo período de tiempo.

En Inglaterra y Gales, la viruela solo se había cobrado la vida de unos 100 niños durante las dos décadas de 1910 a 1930, pero la vacuna mató a 270 niños menores de 5 años.

Debemos mantener funcional nuestro sistema inmune. Lo que realmente nos debe preocupar es que el miedo del público crezca y comiencen a ir corriendo por vacunas hechas con virus de viruela vivo atenuado. ***Mucha gente** no tiene **un sistema inmune sano en este momento, después de haber recibido muchas dosis de inoculaciones de ARNm o vectorizadas contra Covid-19.*** Recibir ***una vacuna de virus vivo atenuado cuando se está inmunosuprimido, es una pésima idea y podría ocasionar muchos problemas para el inoculado y para los demás***.

Si bien es un riesgo teórico, ***al iniciar la vacunación contra la viruela, si la vacuna contiene el virus de la viruela o vaccinia, potencialmente podríamos volver a*** introducir ***la viruela y la vaccinia en las poblaciones. Esto podría ser catastrófico***.

Veamos para quién está contraindicada:

"Personas con dermatitis atópica o eczema, independientemente de la gravedad o actividad de la enfermedad, corren el riesgo de desarrollar eccema vaccinatum y no debe recibirla. Además, las personas con enfermedades de la piel que alteran la epidermis, como quemaduras, dermatitis seborreica, psoriasis y acné severo, tienen riesgo de complicaciones y no deben ser vacunados hasta que se resuelvan sus lesiones en la piel. La vacunación también está contraindicada en personas que tienen la afección hereditaria de la piel, la enfermedad de Darier (keratosis folicular).

Las personas con sistemas inmunitarios incompetentes corren el riesgo de complicaciones posteriores a la vacunación contra la viruela. Este grupo incluye a las personas inmunocomprometidas debido a una enfermedad específica (por ejemplo, **VIH/SIDA**, leucemia, linfoma, inmunodeficiencia

hereditaria), receptores de trasplantes de órganos, y aquellos que toman medicamentos inmunosupresores como dosis altas de corticosteroides o metotrexato. La vacunación es también contraindicado para las personas que tienen enfermedades inmunes como el lupus eritematoso sistémico que puede dañar el sistema inmunológico. Además, las personas recibiendo radioterapia o quimioterapia están en riesgo de complicaciones y no debe vacunarse.

Los bebés menores de un año de edad no deben ser vacunados porque varios estudios han demostrado que están en mayor riesgo de muerte y otras complicaciones. Las mujeres embarazadas no deben recibir vacunación previa a la exposición porque el virus vaccinia puede transmitirse al feto, resultando en una complicación rara, pero seria, llamada vaccinia fetal. Además, las personas con alergias a los componentes de la vacuna, o aquellos con antecedentes de una reacción previa grave a la vacunación contra la viruela, no deben ser vacunados".

Es de señalar que incluye a las las personas con sistemas inmunitarios incompetentes, personas inmunocomprometidas como afectados de VIH/SIDA; por tanto y por partida doble, ***podemos incluir a los "vacunados" Covid***.

Aún con todo lo expresado anteriormente, se habla de vacunación para todo el mundo, incluidos los inoculados con los sueros experimentales antiCovid y también se habla de vacunar a personas VIH positivas. La decisión de apresurarse a vacunar a estas personas (o a ciertos grupos) contra el riesgo de viruela del mono, debe tomarse muy en serio. ***La vacuna Covid ha causado un* daño tremendo *a los sistemas inmunológicos y no tenemos idea de cuál será la* respuesta*, incluso con vacunas que no se replican, si las personas VIH positivas (o similares) tienen la obligación de "vacunarse"***.

Las personas con VIH/SIDA que han sido "vacunadas" contra la Covid, tienen dos desafíos existentes más allá del riesgo de viruela del mono, que son:

1) Su estado inmunosuprimido debido a la infección por VIH

2) Su sistema inmunológico comprometido/desregulado/dañado (innato y adquirido-adaptativo) debido a la devastación provocada por la "vacuna" Covid.

La supresión conocida del sistema inmunitario que se produce después de la vacuna contra la Covid ha sido una preocupación grave ya que ***los "vacunados" siempre son* vulnerables *a la Covid y otras infecciones virales/patógenos***. Los glóbulos blancos están deprimidos y por eso hay tantos eventos adversos, hospitalizaciones y muertes posteriores a la "vacuna".

Las vacunas Covid, la plataforma de ARNm, son un completo fracaso. Esta "vacuna" dañará y matará y está matando a personas sanas e inocentes. La "vacuna" es ineficaz, es una plataforma de administración de genes, una inyección y no una vacuna y no es adecuadamente segura. No es esterilizante y los anticuerpos "vacunales" (Abs) no neutralizantes se unen al pico del virus (infecciosidad del virus) pero no detienen la infección ni eliminan el virus. De

hecho, potencia/facilita la infección. El Abs vacunal y su presión inmunitaria subóptima pueden provocar una presión de selección (selección natural darwiniana) para seleccionar las variantes/clados más aptos y más infecciosos para luego convertirse en una nueva variante dominante más infecciosa.

¿Qué podríamos hacer ante la histeria que se puede presentar?

Primero, suponiendo que sea real, debemos calmarnos y pensar en este problema de la viruela del mono, y usar las herramientas efectivas de salud pública que ya tenemos. ***El riesgo está siendo* groseramente exagerado *por los medios de comunicación, los gobiernos y los expertos médicos ineptos, haciendo sonar su tambor del miedo***. Esta supuesta aparición de viruela del mono, parece estar localizada en cierto grupo de alto riesgo y se transmite principalmente con contacto íntimo cercano. El rastreo de contactos agudos es óptimo y el curso de acción correcto en este momento.

Otra medida extremadamente importante sería* evaluar *el estado de la "vacuna" Covid, especialmente la cantidad de dosis a nivel general y a nivel particular de cada persona.

Nos* enfocamos *en dónde está el comportamiento de riesgo y NO en la vacunación masiva de la población o la vacunación en "anillo" (la clave es que necesitamos evaluar qué vacunas están disponibles si alguna contiene viruela o vaccinia o se está replicando significa que puede reproducirse en células humanas), eso puede ser una catástrofe; ***esto necesita un debate serio y NO un caos masivo en la población general de bajo riesgo a través de mensajes mediáticos sin sentido que fomentan el miedo***.

Aún con todo lo expresado anteriormente, la OMS emitió una declaración para presentar al público la idea de la vacunación masiva contra la viruela:

"La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el creciente brote de viruela símica sigue siendo "contenible" y que no hay una necesidad inmediata de vacunación masiva contra el ortopoxvirus; desde el 7 de mayo se han notificado un total de 131 casos confirmados y 106 casos sospechosos en países donde no suele propagarse".

Sin necesidad inmediata. Van a dejar que esa declaración se madure en nuestro inconsciente. Parece una frase benigna, pero implícita en ella está la idea de que pronto puede haber una necesidad de vacunar masivamente a la población contra la viruela, una enfermedad que nunca antes se había propagado por contacto casual.

Más de lo mismo

Otro detalle importante y muy esclarecedor, es que independientemente de cómo se desarrolle la situación de la viruela del mono, ***hay compañías que ya están cobrando***.

Actualmente hay 2 vacunas autorizadas disponibles para prevenir la viruela en los EE. UU.: ACAM2000 y JYNNEOS (también conocida como Imvamune o Imvanex), que es una vacuna de Ankara viva, no replicante y modificada del virus vaccinia. Si bien JYNNEOS es la única vacuna actualmente aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para prevenir la viruela del mono, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización recomienda que las personas con exposición ocupacional a los ortopoxvirus (p. ej., investigadores que trabajan con muestras del virus de la viruela del mono) reciban la ACAM2000 o la vacuna JYNNEOS como profilaxis previa a la exposición.

La vacunación posterior a la exposición con JYNNEOS también se puede administrar a pacientes que han tenido contacto cercano con una persona infectada con el virus de la viruela del mono. Los CDC recomiendan la vacunación dentro de los 4 días posteriores a la exposición para prevenir la enfermedad o hasta 14 días después de la exposición para reducir la gravedad de la enfermedad.

A medida que ha aumentado la preocupación por la viruela del mono, también lo han hecho las acciones de Emergent BioSolutions y SIGA Technologies.

Ambas compañías tienen esencialmente monopolios en el mercado estadounidense, y también en otros mercados, sobre vacunas y tratamientos contra la viruela. Sus principales productos enfocados en la viruela también se usan, convenientemente, para proteger o tratar la viruela del mono.

SIGA, produce un tratamiento contra la viruela, conocido por su nombre comercial TPOXX. Es el único producto de SIGA.

Emergent BioSolutions también tiene los derechos de la vacuna contra la viruela conocida como ACAM2000, que también se puede usar para tratar la viruela del mono. La vacuna, originalmente producida por Sanofi, fue adquirida por la empresa en 2017.

Como resultado, la compañía tiene un monopolio esencial sobre las vacunas contra la viruela con ACAM2000. Emergent BioSolutions, ha dependido con frecuencia de personas que pasan sus carreras atravesando la "puerta giratoria" entre la industria farmacéutica y el gobierno, en particular aquellos que también trabajan como alarmistas bioterroristas.

La biotecnológica danesa Bavarian Nordic vivió no hace mucho una sesión de infarto en la que sus acciones llegaron a subir un 25% y despidieron la jornada con ganancias del 18%. En dos días, subió un 53%. La compañía fabrica la vacuna Imnavex, autorizada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés) en 2013 frente a la viruela humana y en 2019 por la FDA estadounidense, donde se comercializa con el nombre de Jynneos.

En los efectos adversos del prospecto se incluyeron enfermedad de Crohn, sarcoidosis, paresia de los músculos extraoculares, opresión en la garganta, elevación de la troponina-I por encima del límite superior de lo normal, problemas cardíacos.

La última vacuna contra la viruela de Estados Unidos que se usó de forma rutinaria en civiles fue la versión del Departamento de Salud de Nueva York, y se fabricó de manera similar a la vacuna del siglo XVIII. Se rascó el fluido infeccioso de un ortopoxvirus relacionado en el vientre de un ternero y luego, cuando se desarrollaron nuevas vesículas, el material se recolectó como sustrato de la vacuna y solo se pudo purificar mínimamente.

Se esperaba, hace 20-30 años, que una vacuna más nueva, más limpia y purificada evitaría los muchos efectos secundarios graves. Las administraciones de Clinton y Bush compraron dos vacunas más nuevas (ACAM 2000, purificada de la vacuna NY DOH Dryvax y MVA) para todos los estadounidenses. Resultó, desafortunadamente, que ***los efectos secundarios cardíacos persistieron. Se*** debieron ***al antígeno de la vacuna real, no a la 'basura***'.

La vacuna MVA (Modified Vaccinia Ankara), que es menos reactogénica pero que puede ser menos efectiva que ACAM2000, cambió su nombre en Estados Unidos a Jynneos, y ahora ha sido designada como la vacuna oficial contra la viruela.

Con respecto a ACAM2000 y la licencia de Jynneos, la FDA dijo en 2019 (en la página 4):

"ACAM2000 está contraindicado para su uso en personas con inmunodeficiencia grave que no se espera que se beneficien de la vacuna... En 2003, se confirmó un brote de viruela del mono en los EE. UU. Esta fue la primera vez que se notificó la viruela del mono en humanos fuera del continente africano. Actualmente, no existe un tratamiento aprobado o una vacuna autorizada para la viruela del mono, aunque el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda que ACAM2000 se use para la prevención de la viruela del mono en personas con alto riesgo de exposición (p. ej., trabajadores de laboratorio que manipulan el virus de la viruela símica). Por lo tanto, existe una necesidad insatisfecha de una vacuna contra la viruela del mono".

El gobierno de Estados Unidos inició un programa de vacunación contra la viruela en 2003 que fracasó rápidamente: ***las personas se negaron a vacunarse debido a las altas tasas de ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca y miocarditis***. Las Academias Nacionales de Ciencias (NAS, por sus siglas en inglés) escribieron una serie de alrededor de 8 "Cartas de informes" críticas sobre el programa del gobierno, y la revista Science escribió sobre el informe final.

Según Medpage , los CDC dicen que las vacunas Jynneos y ACAM2000 estarán disponibles para responder al evento de viruela del mono. Sin embargo, incluso ***los CDC*** admiten ***actualmente que la probabilidad de miocarditis es enorme*** (más de uno de cada 200 receptores de la vacuna) a partir de la vacuna ACAM2000, en un MMWR de noviembre de 2021:

"La eficacia de JYNNEOS se dedujo de la inmunogenicidad de JYNNEOS en estudios clínicos y de los datos de eficacia de los estudios de provocación en animales (pero los humanos no necesariamente responden igual que los animales de laboratorio). Se espera que las ocurrencias de eventos adversos graves sean

mínimas porque JYNNEOS es una vacuna de virus de replicación deficiente. Sin embargo, debido a que se cree que el mecanismo de la miopericarditis después de recibir ACAM2000 es un fenómeno inmunitario, no se sabe si el antígeno o los antígenos que precipitan los autoanticuerpos (que causan la miocarditis u otros eventos adversos) también están presentes en JYNNEOS".

Más abajo, CDC admite nuevamente que ***no tiene idea de lo que está haciendo con la vacuna Jynneos***:

"Debido a que no se ha establecido una correlación de protección y no se conoce un nivel de título de anticuerpos que asegure la protección, los resultados del título deben interpretarse con precaución en tales casos para evitar dar una falsa sensación de seguridad".

Vanguard y Blackrock se encuentran entre los mayores accionistas ***de Bavarian Nordic, que produce la vacuna contra la viruela del mono Jynneos***, lo cual, ya nos dice muchas cosas.

Aquí se puede encontrar un vídeo explicativo sobre la viruela del mono y lo que la rodea.

Exponiendo hechos

Con las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) "flotando en la balanza", y estas regulaciones junto con el 'Tratado de Pandemia' de la OMS, también en discusión, debemos estar hipervigilantes. El RSI y el tratado propuesto otorgarían a la OMS poderes ejecutivos sin precedentes para declarar una emergencia sanitaria internacional a su propia discreción, luego organizar y dar una respuesta que anule cualquier decisión que una nación soberana pueda considerar adecuada.

Hay un artículo interesante de la Dra. Silvia Behrendt y el Dr. Amrei Müller sobre el 'tratado pandémico' de la OMS. Y otro de los mismos autores sobre lo que está pasando al momento de escribir en la 75ª Asamblea Mundial de la Salud con respecto al RSI.

Analicemos la "jugada" exponiendo una serie de hechos:

1)La definición actual de caso sospechoso de viruela del mono de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ***es lo*** suficientemente ***amplia como para incluir a cualquier persona con Covid o un resfriado común, que también tiene una erupción de herpes zóster***. Da la casualidad de que hay una gran cantidad de personas que han sufrido supresión inmunológica por las inyecciones antiCovid-19, que también tienen una erupción de herpes zóster.

La definición de caso actual (actualizada por última vez el 22 de mayo de 2022) de un caso sospechoso de viruela del mono dada en la guía provisional de la OMS implica lo siguiente:

Caso sospechoso de viruela del mono = sarpullido inexplicable Y (dolor de cabeza O fiebre O ganglios linfáticos inflamados O dolores musculares/corporales O dolor de espalda O debilidad profunda) Y cualquier tipo de sarpullido elevado (papular) o con ampollas (vesicular).

2)Confirmación del caso mediante una prueba PCR en tiempo real. ***La secuenciación y vigilancia genómica, que tiene serias limitaciones (como ha quedado demostrado en el presente informe) como método para diagnosticar enfermedades, prevalecerá sobre cualquier presentación de características clínicas***. Directamente del libro de jugadas Covid-19.

El diagnóstico diferencial de la viruela del mono incluye otros poxvirus y herpesvirus, incluida la varicela. El diagnóstico clínico de viruela del mono debe confirmarse mediante métodos de laboratorio, que actualmente solo están disponibles en los departamentos de salud pública estatales, donde se realiza la reacción en cadena de la polimerasa y los casos positivos se envían a los CDC para la confirmación del clado específico. Las muestras para el diagnóstico de la viruela del simio deben recolectarse con un hisopo de nailon, poliéster o Dacron y, preferiblemente, obtenerse de una lesión cutánea abierta. Luego, la muestra tomada con hisopo debe colocarse en un recipiente seco y estéril y mantenerse refrigerada o congelada hasta la prueba.

3)***La noticia de que personas privilegiadas en los países occidentales industrializados ahora se han infectado fuera de África occidental y central puede ser de*** interés periodístico. Nos muestran que los casos de viruela del mono parecen haber desaparecido en África Occidental y Central, pero la infección de viruela del mono ha aumentado constantemente en África Central (aquí, aquí y aquí), y el mayor número y aumento de casos se encuentra en la República Democrática del Congo.

Es interesante que los casos confirmados ahora estén todos fuera de África. Git.Hub a 25 de mayo de 2022, indica 228 casos confirmados y 89 casos sospechosos; ninguno en África.

4)***Hay*** dos variantes ***genéticas de la viruela del mono que*** presentan ***riesgos diferentes***. Según esta publicación, la tasa de mortalidad para la viruela del mono se estima entre 1% y 11%. La variante (clado) de la viruela del mono que circula internacionalmente en la actualidad, el clado de África occidental que es el menos letal de los dos clados conocidos del virus de la viruela del mono (MXV). El otro es el clado centroafricano. Se informa que el clado de África Occidental tiene una tasa de letalidad de alrededor del 3.6%, frente al 10.6% del clado de África Central.

También ha habido un cambio en la edad de aquellos que parecen ser principalmente susceptibles; las infecciones en la década de 1970 se informaron principalmente en niños pequeños. Ahora, cada vez más, los adultos jóvenes también pueden verse afectados.

¿Podría haber una deriva genética significativa en el clado de África Occidental que ahora lo hace más transmisible y es más probable que afecte a los grupos de mayor edad que se involucran promiscuamente? ¿Podría haber estado involucrado un laboratorio en algún momento? ¿Ha habido transferencia genética desde un reservorio animal?

Varios laboratorios se han involucrado en la investigación del MXV y los reservorios animales (especialmente monos) y como hemos visto, ya hay publicaciones que hablan de manipulación.

5)***Las descripciones originales de la OMS sobre las pústulas de la viruela y la viruela símica*** sugieren ***diferencias visuales***.

La patología de la viruela del simio, como todos los poxvirus, se caracteriza por inclusiones eosinofílicas intracitoplasmáticas prominentes en las células epiteliales. Otros cambios observados en la epidermis pueden incluir degeneración balonizante, necrosis de queratinocitos e hiperplasia. La dermis presenta inflamación linfocitaria y, a medida que se produce la ulceración, hay infiltración por neutrófilos, eosinófilos y células gigantes multinucleadas. También se presenta inflamación alrededor de los vasos (vasculitis).

Podemos consultar la página 18 del documento de 'Circulación restringida' de la OMS de 1973 que ahora se encuentra en los archivos de la OMS. Si bien la descripción sugiere que las pústulas de vaccinia (viruela) a las 72 horas son "de 3 a 4 mm de diámetro, aplanadas con necrosis central y ulceración, y a veces levemente hemorrágicas", la descripción de las pústulas de viruela del mono humano son "aproximadamente del mismo tamaño que las de la viruela, pero no son tan en relieve; y la mayoría de las pústulas tienen un orificio puntiforme en el centro y, a veces, son hemorrágicas".

Luego está la comparación entre lo que los CDC, la BBC y otros nos muestran acerca de las características clínicas, frente a una visión más representativa, como la brinda la Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido. La comparación se puede ver en la siguiente (figura):

Comparando A, imagen de la viruela del mono de los CDC utilizada por la BBC y otros canales de medios globales que se parece más a una presentación típica de la viruela (Fuente: CDC), con B, las imágenes más representativas proporcionadas por la Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido (Fuente: UKHSA).

La supuesta enfermedad parece presentarse ***de manera atípica en los brotes actuales***. Los expertos actualmente no tienen evidencia de que el virus haya mutado, según la OMS, sin embargo ***la presentación clínica es inusual***:

La viruela del mono tiene un amplio período de incubación que oscila entre 5 días y 3 semanas. Los pacientes suelen presentar fiebre, escalofríos, fatiga, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de garganta, linfadenopatía y lesiones en la piel. Las lesiones cutáneas evolucionan de máculas y pápulas a vesículas y

pústulas que se ulceran y forman costras antes de curarse durante varias semanas. Las lesiones cutáneas suelen presentarse en cultivos. ***La mayoría de las veces, la infección por viruela del mono es* autolimitada *y suele durar de 2 a 4 semanas***.

Según los CDC, por lo general, los síntomas prodrómicos o tempranos se desarrollan de 1 a 2 semanas después de que una persona se infecta con el virus de la viruela del mono y pueden incluir fiebre, escalofríos e inflamación de los ganglios linfáticos,. Unos días más tarde, se desarrolla una erupción. Las lesiones de la viruela del mono luego progresan a través de varias etapas desde lesiones similares a ampollas hasta costras, cada una de las cuales dura de 1 a 2 días. Después de que las costras de la lesión se caen para revelar tejido sano debajo, lo que generalmente toma de 2 a 4 semanas después de la aparición de los síntomas, el individuo ya no es infeccioso.

Las complicaciones pueden incluir neumonía, encefalitis e infecciones oculares, que ocurren principalmente en niños menores de 8 años, personas embarazadas o personas inmunodeprimidas. Durante el brote de Estados Unidos de 2003, una familia que había adquirido un perrito de las praderas infectado demostró el espectro de la enfermedad: un niño de 6 años fue hospitalizado con encefalitis; la madre del niño estaba sintomática y presentaba múltiples lesiones cutáneas; y el padre del niño, que había sido vacunado contra la viruela, tenía solo 2 lesiones en la piel y síntomas leves parecidos a la gripe.

Sin embargo, la viruela del mono parece presentarse de manera diferente entre los pacientes actuales, dijo en una entrevista Agam Rao, MD, médico de enfermedades infecciosas y oficial médico de la Rama de Poxvirus y Rabia de los CDC.

“En estos nuevos casos, lo que escuchamos es que esos síntomas prodrómicos pueden ser muy leves o ni siquiera notarse”, dijo Rao. Para algunos pacientes, la aparición de la erupción fue la primera indicación de que estaban enfermos.

Además, los síntomas de la viruela del mono a menudo comienzan en la región de la cabeza y progresan hacia los brazos, las piernas, las palmas de las manos y las plantas del paciente. Según Rao, en los casos actuales, incluido el confirmado en Massachusetts el 18 de mayo, la erupción comenzó en la región genital o perianal antes de extenderse a las extremidades de la persona. Algunos pacientes han presentado proctitis o inflamación del recto, dijo Rao.

6)Parece que el supuesto brote de viruela del mono también se podría estar utilizando para promover otras cosas de las que algunos hablan mucho últimamente, de otra manera. “Muy curiosamente”, los funcionarios de salud del Reino Unido ya advierten que el virus de la viruela del mono puede propagarse a través del consumo de carne infectada, lo que ya sabemos es que eliminar el consumo de carne es “un tema habitual de conversación” para algunos “filántropos”.

7)***El mundo se está preparando para el** lanzamiento **de una vacuna contra la viruela actualizada***. Este informe de la OMS de una reunión de expertos en noviembre de 2021 (publicado en enero de 2022) contiene algunas ideas interesantes. Incluye una discusión sobre la nueva vacuna atenuada Bavarian Nordic MVA-BN y una vacuna de ADN recombinante (modificado genéticamente) de cuarta generación, nacida y criada en Rusia, VACΔ6. Luego está ACAM2000 ® fabricado por Sanofi Pasteur Biologics que ya cuenta con licencia en EE. UU., Australia y Singapur.

Estados Unidos y el Reino Unido están almacenando vacunas contra la viruela.

Los especuladores en los sectores de vacunas y antivirales están ampliando ***sus bolsillos en preparación para recibir ingresos inducidos por el miedo***. El libro de jugadas de la corporatocracia Covid-19 ahora está bien engrasado. Uno de esos jugadores, Emergent Biosolutions, estaba listo para participar del pastel con las "vacunas" Covid-19, pero cometió un error cuando una inspección de la FDA descubrió que su planta de fabricación estaba contaminada. Ahora se está preparando para un segundo intento de gloria.

Aunque se le está vendiendo al mundo que la vacunación contra la viruela es 'segura' (es importante tener en cuenta el giro de los CDC sobre las vacunas con virus vivos), como hemos visto, la historia de las vacunas anteriores contra la viruela sugiere algo muy diferente.

Los 'chicos nuevos en el bloque' no son tímidos al hablar sobre la necesidad de encontrar las deficiencias de uso de las vacunas anteriores, desde efectos secundarios graves hasta la inducción de la replicación del virus de la viruela en los cuerpos de los vacunados.

Los autores responsables del VACΔ6 recombinante en el Centro Estatal de Investigación de Virología y Biotecnología de Rusia afirmaron en un artículo publicado en 2017 que el virus de la viruela es "considerado un agente potencial de ataques bioterroristas, que podrían tener consecuencias catastróficas para toda la población mundial. ***La falta de medicamentos antivirales efectivos y el riesgo asociado con las vacunas vivas basadas en el VVAC convencionales, debido a las graves complicaciones posvacunales, requieren el desarrollo de protocolos y vacunas de ortopoxvirus modernas y seguras para su uso***".

Dado que ahora se considera que el público es un buen sustrato para la pornografía del miedo, ***está claro que la maquinaria de la salud mundial se está*** moviendo ***hacia el lanzamiento de vacunas contra la viruela con el argumento de que confieren cierta inmunidad cruzada a la viruela del mono***. Esto es a pesar de la evidencia clara de que ***la viruela del mono no se convirtió en brotes significativos en ausencia de la vacunación contra la viruela***. Fine y colaboradores, escribiendo en el International Journal of Epidemiology en 1988, dijo: "***La evidencia actual indica que el virus es considerablemente menos transmisible que la viruela y que no persistirá en las comunidades humanas, incluso en ausencia total de vacunación.***

Por lo tanto, los hallazgos respaldan la recomendación de la Comisión Global para la Certificación de la Erradicación de la Viruela de suspender la vacunación contra la viruela de rutina en áreas endémicas de viruela del mono, pero alentar la vigilancia epidemiológica continua”.

La viruela se consideró erradicada en 1980 ***a pesar de la*** considerable evidencia ***de que la vacunación masiva en los países occidentales fue en gran medida irrelevante e indujo algunas reacciones adversas terribles***. ***Si bien el*** principio ***de 'vacunación en anillo' a menudo se considera un factor importante para*** eliminar ***las infecciones remanentes en los países en desarrollo, dado que la viruela desapareció en ausencia de vacunas en gran parte del mundo desarrollado,*** no es ***un argumento sólido desde el punto de vista científico***.

8)“Casualmente”, fue hace poco más de un año que la Iniciativa de Amenazas Nucleares (NTI), financiada por Bill Gates, ***llevó a cabo un*** ejercicio ***de simulación de simulación en asociación con la Conferencia de Seguridad de Munich sobre una nueva variante de la viruela del mono***.

El ejercicio de simulación, también ¿casualmente?, se basó en gran medida en el libro de jugadas Covid-19, pero ha agregado elementos del nuevo libro de Bill Gates, 'Cómo detener la próxima pandemia'. La probabilidad de que esto sea una coincidencia es muy pequeña.

La NTI se fundó para evaluar y reducir las amenazas relacionadas con la proliferación de armas nucleares, pero desde entonces se han ampliado para incluir amenazas biológicas. Gates no solo financió simulaciones de pandemias por parte de la NTI, sino que también le otorgó donaciones para el desarrollo de vacunas en relación con las amenazas biológicas.

El informe final de este evento lo financió el proyecto "Open Philanthropy", que a su vez está financiado por el cofundador de Facebook, Dustin Moscowitz.

La fecha de inicio de la pandemia ficticia de viruela del mono en este ejercicio fue el 15 de mayo de 2022. El primer caso de viruela del mono en Europa se identificó el 7 de mayo de 2022 en el Reino Unido. No solo la fecha es idéntica a la de este escenario ficticio, sino que el país de aparición, "Brinia", incluso se parece mucho a "Britannica" o "Gran Bretaña". ¿Coincidencia?

“Curiosamente”, entre las recomendaciones que arrojó la simulación de la viruela del mono, se encontraban recomendaciones que respaldan la toma de control por parte de la OMS para estar preparado y saber cómo responder ante una pandemia, al igual que la implementación de la "Respuesta y movilización ante epidemias globales" del equipo de Gates (GERM).

La acción anticipatoria basada en factores causantes incluye todo lo que hemos visto durante la pandemia de Covid, como los mandatos del uso de las mascarillas, prohibir las reuniones masivas, las pruebas de salud para viajes y los pasaportes de vacunación. ***Esto a pesar de la evidencia que*** demuestra ***que estas***

estrategias no son efectivas en el mejor de los casos, mientras que son devastadoras para la salud pública y la economía.

Los ejercicios de simulación ficticios han tenido una extraña habilidad para predecir detalles de eventos del futuro cercano. El evento 201 "predijo" con precisión la pandemia del Covid y su enfoque en la censura y los confinamientos. A este respecto, no debemos olvidar la investigación realizada por el Instituto de Virología de Wuhan (WIV), en la que "ensamblaron cepas de viruela del mono utilizando métodos señalados para crear 'patógenos contagiosos'".

Target: los niños

Ahora que todos los grupos de edad para niños a partir de bebés de 6 meses han sido aprobados para recibir las "vacunas" contra la Covid-19 y aún con todo lo expresado anteriormente en este apartado, los CDC anunciaron que ***también querían comenzar a inyectar a los niños una vacuna contra la viruela del mono***.

Los funcionarios de salud de EE. UU., buscan expandir el uso de la vacuna contra la viruela del mono para los niños a medida que el supuesto brote continúa propagándose en los Estados Unidos y en países de todo el mundo, con más de 3300 casos informados a nivel mundial.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU., estaban desarrollando ***un protocolo destinado a permitir el uso de la vacuna Jynneos de Bavarian Nordic A/S en niños, si es necesario***, según documentos preparados para una reunión de asesores de la agencia que tuvo lugar a finales de junio. Actualmente, la vacuna está aprobada para su uso en adultos y se considera más segura que la vacuna contra la viruela ACAM2000 de Emergent BioSolutions Inc., que también se puede usar contra la viruela del mono. Jynneos se administra en dos inyecciones, con cuatro semanas de diferencia.

Éstas son vacunas no probadas ***y como mencioné anteriormente, la tasa de enfermedad cardíaca como efecto secundario, como la miocarditis, es incluso*** más alta ***que las "vacunas" experimentales Covid-19***.

Esto es lo que los CDC afirman en junio del 22 con respecto a la tasa de miocarditis y pericarditis después de la "vacunación" contra la Covid-19:

Se administraron más de 350 millones de "vacunas" de ARNm durante el período de estudio y los científicos de los CDC descubrieron que las ***tasas de miocarditis eran más altas después de la segunda dosis de una "vacuna" de ARNm entre los hombres*** en los siguientes grupos de edad:

- 12 a 15 años (70.7 casos por un millón de dosis de Pfizer-BioNTech)
- 16–17 años (105.9 casos por un millón de dosis de Pfizer-BioNTech)

- 18-24 años (52.4 casos y 56.3 casos por millón de dosis de Pfizer-BioNTech y Moderna, respectivamente)

Por supuesto, los CDC están mintiendo como queda demostrado en este informe (ver este apartado y este otro).

Con respecto a los datos que exponen los CDC, las dos vacunas actuales aprobadas para la viruela y la viruela del mono tienen tasas aún más altas de miocarditis. ***Los CDC admiten que la vacuna contra la viruela ACAM2000 tiene una tasa de 5.7 casos de miocarditis por cada 1000 dosis administradas***. ***Eso son 5700 casos por cada millón de dosis administradas***.

Aquí pueden encontrar la revisión de licencia de la FDA de 200 páginas de la vacuna contra la viruela del mono y la viruela de Jynneos que documenta ***dos estudios de Jynneos en los que encontraron que el 11% en uno y el 18% de los receptores en el otro habían desarrollado niveles elevados de enzimas cardíacas (troponina)***. ***Esto implica algún tipo de daño en el músculo cardíaco. No se estudió más, y los revisores admitieron que no sabían si la miocarditis fue causada por la vacuna Jynneos o no. Y que necesitarían realizar una vigilancia futura para averiguarlo***.

¡Simplemente tomando el menor de los dos números, 11%, produciría 110 000 casos de enfermedades del corazón por un millón de dosis!

Esto es lo que dice la etiqueta Jynneos (también conocida como prospecto, el documento legal que explica los estudios que llevaron a la obtención de la licencia). ***El 1.3% de los receptores tuvo un evento adverso cardíaco de especial interés, y el 2.1% si había sido vacunado previamente contra la viruela. Esto es bastante serio, es una tasa muy alta: 1 en 75***.

De la etiqueta:

"***Se informó que los AESI cardíacos ocurrieron en el 1.3% (95/7093) de los receptores de JYNNEOS*** y en el 0.2 % (3/1206) de los receptores de placebo que nunca habían recibido la vacuna contra la viruela. ***Se informó que los AESI cardíacos ocurrieron en el 2.1% (16/766) de los receptores de JYNNEOS que tenían experiencia con la vacuna contra la viruela***. La mayor proporción de receptores de JYNNEOS que experimentaron AESI cardíacos se debió a ***28 casos de elevación asintomática de troponina-I posterior a la vacunación en dos estudios***: el Estudio 5, que inscribió a 482 sujetos infectados por el VIH y 97 sujetos sanos, y el Estudio 6, que inscribió 350 sujetos con dermatitis atópica y 282 sujetos sanos. ***127 casos adicionales de asintomáticos posvacunación con elevación de la troponina-I por encima del límite superior de la normalidad pero no por encima de 2 veces el límite superior de la normalidad se documentó en los receptores de JYNNEOS a lo largo del programa de desarrollo clínico, 124 de los cuales ocurrieron en el Estudio 5 y el Estudio 6***. Proporciones de sujetos con troponina-I; las elevaciones fueron similares entre sujetos sanos e infectados por el VIH en el Estudio 5 y entre sujetos sanos y con dermatitis atópica en el Estudio

6. En estos dos estudios se utilizó un ensayo de troponina diferente en comparación con los otros estudios, y estos dos estudios no tenían controles de placebo.

Se desconoce el significado clínico de estas elevaciones asintomáticas de troponina-I posteriores a la vacunación. Entre los AESI cardíacos notificados, 6 casos (0.08%) se consideraron relacionados causalmente con la vacunación con JYNNEOS e incluyeron taquicardia, inversión de la onda T del electrocardiograma, anomalías del electrocardiograma, elevación del segmento ST del electrocardiograma, anomalías de la onda T del electrocardiograma y palpitaciones".

Otros tipos de eventos adversos de las "vacunas" Covid

Si analizamos al mecanismo de acción de la proteína Spike, tenemos que analizar el mecanismo de acción del ARNm y de los vectores virales que llevan a la producción de esa proteína. Aunque los veremos más detalladamente más adelante, sabemos de la alta inmunogenicidad del ARNm por sí solo (genera respuestas inflamatorias muy severas) y también sabemos de los efectos potenciales de las nanomoléculas añadidas a las "vacunas" de ARNm para ayudar a su distribución celular y estabilidad; entonces no debiera extrañarnos leer acerca de reportes de casos de diversos eventos adversos, como los ya mencionados y como algunos no mencionados (la lista no tiene fin, ni en cantidad ni en variedad) que se repiten últimamente. Por ejemplo en el caso del suero de Pfizer, se han reportado más de 900 tipos de eventos adversos diferentes, obviamente, no vamos a desarrollarlos todos. En este apartado sólo hablaremos de algunos no incluidos en los apartados anteriores y que presentan cierta frecuencia y diferentes grados de gravedad:

Las "vacunas" antiCovid de ARNm podrían incrementar los casos de enfermedades autoinmunes

Una enfermedad autoinmune es una condición patológica en la cual el sistema inmunitario se convierte en el agresor que ataca y destruye a los propios órganos y tejidos corporales sanos.

Normalmente, el sistema inmune distingue lo propio de lo extraño y nos defiende de agentes externos como los virus o bacterias. En las enfermedades autoinmunes, existe una respuesta inmune exagerada que destruye los propios órganos y tejidos corporales sanos. El sistema inmune deja de reconocer lo propio y genera un auto-ataque de los constituyentes del individuo, actuando como si estos fueran agentes extraños al mismo.

El nombre o tipo de enfermedad autoinmune dependerá del órgano o sistema afectado. Cuando la pérdida de la tolerancia inmunológica genera un daño puntual, los autoanticuerpos o las células autoinmunes destruyen sólo un tipo celular. Esto sería lo que ocurre en las células beta del páncreas, en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. El ataque puede ser general como ocurre en el lupus eritematoso sistémico donde las manifestaciones clínicas son múltiples.

Existe un componente hereditario (ciertas combinaciones genéticas) y factores ambientales que son desencadenantes para activar finalmente el sistema inmunitario. Estos son muy variados e incluyen: infecciones, fármacos, vacunas o inmunizaciones, alimentación, deficiencias nutricionales, toxinas como el tabaco o agentes químicos, factores psicológicos, hábitos higiénicos, socioeconómicos, sanitarios, cambios hormonales y factores climáticos, entre otros.

Cada vez hay más reportes de enfermedades autoinmunes, que incluyen el síndrome de Guillain-Barré y la colangitis biliar primaria, que destruye los conductos biliares, tras recibir las "vacunas" antiCovid. En otro ejemplo de autoinmunidad inducida por vacunas, el Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) también recibió reportes de trombocitopenia inmunitaria (ITP) que se desarrolló días después de "vacunarse" contra la Covid-19.

El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno autoinmune que afecta al sistema nervioso y genera la parálisis progresiva de los músculos. Ocurre cuando el sistema inmunitario ataca accidentalmente los nervios que salen de la médula espinal. Comúnmente es causado por la bacteria Campylobacter, que tiene un recubrimiento superficial que se ve ligeramente como una célula humana, por lo que a veces puede hacer que el cuerpo ataque sus propios nervios en lugar de invadir los gérmenes, lo que conduce al síndrome neurológico descripto. Es más frecuente de lo que dicen las autoridades después de la inoculación (1) (2) (3).

Un estudio científico, apunta contra la inoculación de AstraZeneca por ***aumentar el riesgo de padecer la afección neurológica grave conocida como síndrome de Guillain-Barré (SGB)***. De acuerdo al trabajo, difundido por el periódico The Telegraph, plantea como ***responsable al*** mecanismo ***de administración del adenovirus de chimpancé que actúa como caballo de Troya, un descubrimiento que puede aplicarse a inoculaciones similares***. SGB es una condición rara que causa entumecimiento y dolor muscular, y puede dificultar el movimiento, caminar, tragar y, a veces, incluso respirar. El estudio, realizado por los científicos del University College London (UCL) ha encontrado un ***aumento en los casos de SGB en las primeras dos a cuatro semanas después de la inoculación AstraZeneca***.

Al igual que muchas inoculaciones, la inyección de Oxford utiliza un adenovirus de chimpancé debilitado para administrar la proteína Spike del coronavirus en el cuerpo. El adenovirus generalmente causa el resfriado común, pero los científicos están comenzando a pensar que también puede imitar ***a las células humanas de manera similar a Campylobacter, confundiendo al sistema inmunológico para que ataque el propio cuerpo***.

El autor principal del estudio, el profesor Michael Lunn (Instituto de Neurología UCL Queen Square) sostuvo: "***Es lógico sugerir que el vector de adenovirus simio, que se usa a menudo para desarrollar vacunas, incluida la de AstraZeneca, puede explicar el aumento del riesgo***".

Las vacunas basadas en adenovirus se utilizan contra una amplia variedad de patógenos, tuberculosis, VIH y malaria. El SGB afecta a unas 1500 personas en el Reino Unido cada año y del 30 al 40% de los casos no tienen causas conocidas, lo que lleva a los investigadores a sospechar que ***el adenovirus podría ser un*** factor.

Los investigadores del UCL llevaron a cabo un estudio basado en la población de los datos del NHS en Inglaterra para rastrear las tasas de casos de SGB contra el lanzamiento de la "vacunación". Entre enero y octubre de 2021, se registraron 996 casos de SGB en la base de datos nacional de inmunoglobulinas del Reino Unido, pero hubo un aumento inusual en los informes de SGB entre marzo y abril de 2021. Durante estos dos meses hubo alrededor de 140 casos por mes en comparación con las tasas históricas de alrededor de 100 por mes, un aumento del 40 por ciento. El análisis mostró que 198 casos de SGB (20%) ocurrieron dentro de las seis semanas posteriores a la primera dosis de "vacunación" contra la Covid-19 en Inglaterra.

Los datos recientes de los EE. UU. también sugieren que ***la "vacuna" Johnson & Johnson, Janssen, que también utiliza un sistema de entrada de adenovirus, aumenta el riesgo de SGB a niveles similares a los de la inyección de AstraZeneca***. "***El único vínculo común es un vector de adenovirus***", agregó el profesor Lund. "Johnson & Johnson no es el mismo porque usan un adenovirus humano, pero es similar y las implicaciones son amplias porque los adenovirus se usan en muchas vacunas y terapias genéticas. (…) ***Es bueno que el público sea consciente de los riesgos***. Y teóricamente, si sabemos qué virus está causando el SGB, podemos apagarlo y podríamos prevenir la progresión de la enfermedad", concluyó.

"***Se cree que la 'vacuna' puede alterar la autotolerancia y provocar respuestas autoinmunes a través de la reactividad cruzada con las células huésped y que las 'vacunas' antiCovid de ARNm podría causar esta misma respuesta***", explicaron investigadores en Irlanda.

También informaron la causa de la hepatitis autoinmune que desarrolló una mujer de 71 años sin factores de riesgo de enfermedad autoinmune tras recibir la "vacuna" antiCovid. La mujer notó ictericia cuatro días después de recibir la "vacuna" y se realizó un análisis de función hepática en el que obtuvo resultados "muy anormales". Los investigadores plantearon la posibilidad de que se trate de una lesión hepática inducida por medicamentos y en este caso, inducida por la vacuna, mientras que otros equipos que reportaron problemas similares, señalaron:

"Estos hallazgos plantean la pregunta de si ***las 'vacunas' antiCovid de ARNm pueden, al activar el sistema inmunológico innato y la subsiguiente activación no específica de linfocitos autorreactivos, causar enfermedades autoinmunes, como la AIH, o provocar una lesión hepática inducida por medicamentos con características de la AIH***.

La causa, si la hay, ***puede volverse más evidente con el tiempo***, sobre todo después de suspender la inmunosupresión. Al igual que con otras enfermedades autoinmunes relacionadas con las vacunas, será difícil diferenciar entre el factor causal o casual. Pero ***plantea la pregunta de si estas personas deberían recibir o no la segunda dosis de la 'vacuna' antiCovid de ARNm***".

Veamos un caso que demuestra hasta qué punto el discurso oficial carece de base científica que lo justifique:

El periódico ABC, difunde un artículo el 24 de septiembre de 2021, en el que señala que la Covid-19 puede activar autoataques del sistema inmune, o sea, producir enfermedades autoinmunes.

En la publicación se recomienda "vacunarse" de Covid 19 para evitar estas enfermedades. **Esto es totalmente contraproducente, sobre todo en personas con enfermedades autoinmunes, ya que está demostrada la posibilidad de desarrollo y/o agravamiento de las enfermedades auto-inmunes por la inoculación de las "vacunas" Covid 19**. **Fue expuesto en un** estudio **de investigación**, que fue **revisado por pares** y que se publicó el 19 de enero de 2021, en la prestigiosa revista científica "Frontiers in Immunology", una de las más importantes del mundo en el área de la inmunología, realizado por investigadores de la Universidad de Los Ángeles, de la Facultad de Loma y del Hospital General de Massachusset en los Estados Unidos.

Por existir Reactividad Inmunitaria Cruzada, al demostrar homología de secuencia de aminoácidos entre el patógeno y las proteínas del tejido propio, en concreto se encontró homología con 28 localizaciones tisulares, entre ellas gastro-intestinal y tiroides. Este proceso también explicaría el desarrollo de Coagulación Intravascular Diseminada (CDI) en la enfermedad Covid-19 ya que forma parte de las manifestaciones clínicas que no se explican únicamente por la unión entre proteína S Y receptor ACE2.

"*Una vacuna insuficientemente probada podría significar un ataque auto-inmune en el futuro*".

Parálisis de Bell

Las "vacunas" de ARNm parecen interrumpir ***la capacidad del cuerpo para evitar que los virus latentes se "despierten" y causen síntomas de enfermedades***. Esta observación se basa en el hecho de que el herpes zóster y la parálisis facial (parálisis de Bell) se informan comúnmente en los informes de efectos secundarios en el Sistema de informes de eventos adversos de vacunas de la FDA. Son ya miles de casos que se informan de parálisis de Bell después de las "vacunas" Covid-19 (1) (2) (3) (4). ***Una de las principales causas de la parálisis de Bell es la activación de infecciones virales latentes, en particular el herpes simple y la varicela zoster, la varicela zoster también es el virus responsable del herpes zóster***.

Si bien la parálisis de Bell generalmente se resuelve con el tiempo, puede haber algunas consecuencias graves a largo plazo. ***Las mujeres embarazadas a las que se les diagnostican infecciones activas de herpes durante el embarazo tienen un riesgo 2 veces mayor de tener un hijo varón autista a partir de ese embarazo***. Esto debería hacer que una mujer embarazada dude en "vacunarse" contra el SARS-CoV-2. ***La parálisis de Bell también puede ser un factor de riesgo para la enfermedad de Parkinson mucho más tarde en la vida. Un estudio de casi 200 pacientes con enfermedad de Parkinson en comparación con controles emparejados por edad y género encontró que seis de los pacientes de Parkinson habían tenido un diagnóstico anterior de parálisis de Bell, mientras que ninguno de los pacientes de control lo había tenido***. También existe un vínculo entre el autismo y la enfermedad de Parkinson. Un estudio en adultos autistas mayores de 39 años encontró que un tercio de ellos tenía síntomas que cumplían con los criterios para el diagnóstico de Parkinson.

Durante los ensayos clínicos de fase 3 de las "vacunas" antiCovid de ARNm, a diferencia del grupo de placebo (uno de 35 611), los grupos de vacuna (siete de 35 654) presentaron más casos de parálisis facial, lo que llevó a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a recomendar que se supervise más de cerca a los participantes de los ensayos debido al riesgo de parálisis facial, que cuando no tiene una causa conocida, se conoce como parálisis de Bell.

En marzo de 2021, de las 133 883 reacciones adversas tras recibir las "vacunas" antiCovid de ARNm que se reportaron ante VigBase, la base de datos de farmacovigilancia de la Organización Mundial de la Salud, los investigadores identificaron 844 eventos relacionados con parálisis facial, que incluyeron (algunos de los casos reportaron múltiples eventos adversos):

- 683 casos de parálisis facial
- 168 casos de paresia facial
- 25 casos de espasmos faciales
- 13 casos de trastornos del nervio facial

Los ensayos clínicos de fase 3 de las "vacunas" antiCovid de ARNm tuvieron suficientes casos de parálisis de Bell, que se cree tiene un componente autoinmune, para sugerir una posible señal de seguridad, que es información sobre un evento adverso que podría causar un medicamento o vacuna, por lo que es necesario investigar más al respecto Aunque el Dr. Gregory Poland de Mayo Clinic señaló este problema, la OMS lo negó y dijo que los casos de parálisis no eran diferentes a los de otras vacunas virales.

Otro reporte de caso que se publicó en Brain, Behavior & Immunity Health, menciona a una mujer de 57 años con antecedentes de parálisis de Bell, que desarrolló este problema de salud en menos de 36 horas después de recibir su segunda dosis de la vacuna antiCovid de Pfizer-BioNTech.

Sus síntomas, que incluyeron parálisis facial, empeoraron durante las siguientes 72 horas y el caso fue lo suficientemente significativo como para que los investigadores, junto con Adventist Health White Memorial en Los Ángeles, sugirieran que se requería mayor investigación:

"Dada la rápida creación de la "vacuna' y sus novedosas técnicas de producción, podría haber información relacionada con los efectos secundarios y la respuesta individual que aún se desconocen y debido a que los ensayos de la 'vacuna' de Moderna y Pfizer reportaron la parálisis de Bell como un evento adverso que atendió un médico, ***la relación entre aplicarse la 'vacuna' y la aparición de la parálisis de Bell sintomática podría justificar una mayor investigación***.

Una asociación previa entre aplicarse la vacuna inactivada contra la influenza y la aparición de los síntomas de la parálisis de Bell, sugiere ***la posibilidad de una relación causal entre estos síntomas y la 'vacuna' antiCovid***".

Un artículo científico, escrito por Pomara y colaboradores expone los algoritmos causales de la OMS para determinar la causalidad de la "vacunación" a la presentación de eventos clínicos. Uno de los puntos más importantes que exponen los científicos es la necesidad de hacer autopsias en las personas que fallecen tras la "vacunación", ya que sin eso, la causalidad es complicada de establecerse. El criterio de la OMS para establecer causalidad entre la vacunación y eventos adversos o muerte se basa en los siguientes pasos: elegibilidad (que la "vacuna" se haya aplicado antes del evento clínico y no después), lista de verificación, algoritmo y clasificación. Algunas preguntas que se necesitan preguntar y responder de forma científica y clínica son: 1) ¿hay evidencia fuerte de otras causas de lo que ocurrió (requiere un análisis de la historia médica del paciente)?, 2) ¿hay asociaciones causales previas con las "vacunas"?, 3) ¿hay evidencia fuerte en contra de una asociación causal?, 4) ¿hay condiciones pre-existentes y eventos relacionados con vacunaciones previas? Si la relación entre los dos eventos ("vacunación" y evento) persiste, entonces se aplica el algoritmo de la OMS (ver el cuadro de la página 7) y se clasifica en una de 4 categorías: a) consistente relación causal, b) indeterminado, c) inconsistente, d) no clasificable. Aplicando estos criterios, analizan en el estudio, de forma sistemática, dos casos de muerte post-"vacunal" en Italia.

Los autores concluyen que la evaluación de los eventos de efectos adversos es crucial para implementar políticas basadas en evidencia y también para contrarrestar la reticencia a la "vacunación" y las sospechas (en otras palabras, se genera más sospecha y reticencia a aceptar un producto cuando no hay apertura para estudiar los efectos adversos de manera seria. El negarse a aceptar que pueden ocurrir efectos adversos y cerrarse a estudiar estos efectos, daña más la confianza del público en las "vacunas"). Sería esencial que los médicos, los forenses, los hospitales y las agencias de salud de los diversos países conozcan este artículo y los criterios de la OMS, y que los apliquen. De eso trata la medicina basada en la evidencia.

Hepatitis

Se siguen aplicando millones de dosis de las "vacunas" antiCovid sin informar todos los riesgos que representan, entre ellos está la hepatitis. Aunque los virus suelen causar la hepatitis, que es la inflamación del hígado, también existen formas autoinmunes e inmunomediadas.

Después de que empezaron a surgir reportes de hepatitis inmunomediada tras recibir la "vacuna" antiCovid, los investigadores comenzaron a preguntarse si podría existir una causa relacionada o si solo se trataba de una coincidencia. En un año normal, hay tres casos de hepatitis autoinmune por cada 100 000 personas.

"Antes de que aumentara el número de personas 'vacunadas' contra la Covid-19, ya se habían reportado casos, por lo que no se podría descartar una coincidencia en el desarrollo de hepatitis autoinmune", escribieron los investigadores en una carta al editor de Journal of Hepatology.

Pero un reporte de caso de un hombre sano de 47 años demuestra evidencia concluyente de que las "vacunas: antiCovid pueden causar una hepatitis inmunomediada. Y escribieron: "***la hepatitis inmunomediada por la 'vacuna' de Moderna ya no se considera una coincidencia porque ya está confirmada***".

El artículo de Journal of Hepatology señaló que se reportaron otros siete casos de presunta hepatitis inmunomediada tras recibir las "vacunas" antiCovid de Pfizer y Moderna.

Busca crear conciencia para que los centros de "vacunación" chequen con regularidad los signos de hepatitis mediada por el sistema inmunológico antes de administrar las segundas dosis y afirma: "el seguimiento a largo plazo de las personas será esencial para determinar el pronóstico de esta lesión hepática mediada por el sistema inmunológico".

En una carta al editor, que se publicó en Journal of Hepatology en junio de 2021, los investigadores expresaron una vez más su preocupación de que ***las "vacunas" antiCovid podrían causar hepatitis***. En este caso, una mujer de 56 años desarrolló una hepatitis autoinmune grave tras recibir la primera dosis de la "vacuna" antiCovid de Moderna.

Antes de esto, en abril de 2021, los investigadores también describieron un caso de hepatitis autoinmune que se desarrolló tras recibir la "vacuna" antiCovid, esta vez en una mujer de 35 años que tenía tres meses de haber dado a luz. En la hepatitis autoinmune, el sistema inmunológico del cuerpo ataca por error al hígado, lo que causa inflamación y daño, y es posible que la "vacuna" provoque autoinmunidad a través de los anticuerpos contra la proteína Spike.

"Hasta donde sabemos, este es el primer reporte de hepatitis autoinmune que se desarrolla tras recibir la 'vacuna' antiCovid, lo que causa preocupación ante la

posibilidad de que la 'vacuna' provoque autoinmunidad. Como no se puede probar la causalidad, es posible que esta relación solo sea una coincidencia.

Pero los casos graves de infección por SARS-CoV-2 se caracterizan por una desregulación autoinflamatoria que provoca daño tisular. Dado que la proteína Spike viral parece ser la responsable, ***es viable que los anticuerpos contra la proteína Spike que produce la 'vacuna' también puedan causar enfermedades autoinmunes en personas con predisposición***".

El ***mimetismo molecular podría ser la*** razón por la que las "vacunas" antiCovid de ARNm provocan estos problemas autoinmunes. ***Ocurre cuando el sistema inmunológico se confunde por las similitudes entre los diferentes antígenos***.

"De hecho, los anticuerpos contra la proteína Spike S1 del SARS-CoV-2 también tenían una gran afinidad contra algunas proteínas del tejido humano", escribieron los investigadores en Journal of Autoimmunity. "Como el ARNm de la vacuna codifica la misma proteína viral, puede causar enfermedades autoinmunes en pacientes con predisposición". El equipo también informó sobre un caso de hepatitis autoinmune grave que se desarrolló dos semanas después de que una mujer de 65 años recibiera su primera dosis de la "vacuna" antiCovid de Moderna.

Se realizaron varios análisis para descartar otras causas de la enfermedad hepática. Esto, junto con el momento del daño hepático con respecto a la "vacuna", así como el hecho de que se resolvió después del tratamiento, "***hace muy probable que la AIH [hepatitis autoinmune] haya sido causada por la 'vacuna' antiCovid***", escribieron. También sugirieron que solo un seguimiento a largo plazo revelaría el verdadero alcance del riesgo de hepatitis después de la "vacunación" y señalaron:

"***Se cree que la 'vacuna' puede alterar la autotolerancia y provocar respuestas autoinmunes a través de la reactividad cruzada con las células huésped***. Por lo tanto, los médicos deben permanecer alerta durante las campañas 'vacunación' masiva contra la Covid-19".

Una elevación ***de las transaminasas tras la "vacunación" de la Covid-19 puede indicar el debut o la reagudización de una hepatitis autoinmune***, según un estudio multicéntrico nacional con datos de 9 hospitales, y presentado en el 47º Congreso de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH).

Incluye 25 pacientes de 9 hospitales académicos españoles, con una edad media de 51 años, "vacunados" con Pfizer BioNTech (14), Moderna (4), Oxford-Astrazeneca (5) y Janssen (2). Aplicado el 'Score RUCAM' que establece la posible relación causal entre fármacos y lesión hepática, ***el estudio*** muestra ***asociación entre la "vacuna" y la alteración hepática en más de la mitad de los casos*** (13 de 25). Establece ***un diagnóstico al menos probable de hepatitis autoinmune en el 70% de los casos*** (17 de 25). ***La media de tiempo desde la administración de la "vacuna" hasta el episodio de hepatitis fue de 19 días***. Los autores concluyen que la elevación de transaminasas tras la

administración de la "vacuna" coronavirus debe ser evaluada, dada la posibilidad de diagnosticar una hepatitis autoinmune.

Los resultados son coincidentes con los de otro estudio, este de carácter internacional, que acaba de ser publicado en la revista 'Hepatology', con la participación de varios autores españoles y los casos de 87 pacientes de 18 países. En este estudio, ***la lesión hepática se* diagnosticó *una media de 15 días después de la "vacunación"***.

Cincuenta y un casos (59%) se atribuyeron a la "vacuna" Pfizer-BioNTech, 20 (23%) casos a la "vacuna" Oxford-AstraZeneca y 16 (18%) casos a la Moderna. ***La lesión hepática fue predominantemente* hepatocelular *(84%) y el 57% de los pacientes mostró características de hepatitis inmune***.

Los autores de este estudio han concluido que ***la "vacunación" frente al SARS-CoV-2 puede estar asociada con daño hepático***.

Otros dos artículos adicionales que también reportaron hepatitis autoinmune en personas que recibieron la "vacuna" contra SARS-CoV-2. En el primer caso se reporta un caso de autoinmunidad hepática en un hombre sano de 63 años sin historial de condiciones de autoinmunidad, y en el segundo caso se trató de un caso de autoinmunidad hepática en una mujer de 76 años con historial de condiciones autoinmunes (Enfermedad de Hashimoto). El segundo caso clínico considera que dada la "vacunación" masiva mundial que se está emprendiendo, ***la relación de causalidad entre la "vacunación" y la ocurrencia de enfermedades autoinmunes debe de ser explorada, y debe de considerarse si las "vacunas" contra SARS-CoV-2 son adecuadas para personas con condiciones autoinmunes***.

Estos artículos se suman a los reportes de fenómenos de autoinmunidad incluso en personas sin antecedentes, posteriores a la "vacunación". En particular, llama la atención que ***se han encontrado indicaciones que los autoanticuerpos no son semejantes a los anticuerpos anti-mitocondriales, comunes en casos de autoinmunidad hepática, y que se generaron anticuerpos anti-nucleares únicos. Esto sugiere mecanismos diferentes de generación del proceso autoinmune asociados a la "vacunación", cuya relevancia clínica necesita ser estudiada***.

Si un paciente con historial de condiciones autoinmunes le pregunta a su médico si es seguro para él o ella "vacunarse" con estas "vacunas", y dicho médico no conoce estos estudios, no es señal de ignorancia responder "no lo sé"; es señal de honestidad por parte del médico. Pero si responde (independientemente de que conozca estos y otros casos clínicos publicados) "sí, por supuesto que es seguro", ese médico no está siendo honesto ni está honrando su juramento Hipocrático. La evidencia indica, con mucha contundencia, que las "vacunas" que se están utilizando como estrategia para prevenir Covid-19 no son seguras.

Dada la contundencia de las implicaciones de los estudios, ***es sensato que la gente que tiene problemas hepáticos (en particular de origen***

inflamatorio, que incluye cirrosis, autoinmunidad, infecciones virales crónicas, entre otras causas) tome en cuentan estas publicaciónes y que los médicos que tratan pacientes con estas características también lo consideren antes de recomendar sin miramientos la "vacunación". De manera general, la tasa de letalidad de Covid-19 es muy baja (0.2%) y existen tratamientos que abordan los mecanismos de patogenia asociados al virus (antiinflamatorios, anticoagulantes, inmunomoduladores), que son muy efectivos, sobre todo si se dan de forma temprana. ***Más del 99% de la gente que se infecta de SARS-CoV-2 sobrevive, pero una hepatitis autoinmune tiene una tasa de mortalidad de 41.4 por 1000 personas-año*** (4%).

Problemas psiquiátricos

La evidencia científica acumulada sugiere ***el papel significativo del sistema inmunológico en la fisiopatología de varios trastornos psiquiátricos. La "vacunación" produce cambios inmunológicos en el cuerpo humano. Los estudios realizados con la vacuna contra la influenza y la vacuna contra la fiebre tifoidea han*** demostrado ***que la vacunación puede producir cambios significativos en el estado de ánimo y la cognición, y la gravedad de los cambios está asociada con los marcadores inmunitarios circulantes***, como la interleucina-6.

La interleucina 6, o IL-6, es una proteína de citoquina principalmente proinflamatoria. Esto significa que el cuerpo lo produce naturalmente en respuesta a una infección o daño tisular e inicia la respuesta inflamatoria. ***Las citoquinas proinflamatorias como la IL-6 también se expresan después de la "vacunación" Covid y los estudios sugieren que pueden llegar al cerebro***. Algunas sustancias naturales ayudan al proceso de desintoxicación posterior a la inyección antiCovid al dirigirse a la interleucina-6.

Dado que la "vacunación" contra la Covid-19 induce ***una reacción inmune similar (en mecanismo) a la infección real, se puede esperar que desencadene secuelas similares***. Ya han aparecido en la literatura informes de casos (1) (2) (3), que describen diversas manifestaciones psiquiátricas después de la infección por Covid-19. Este informe destaca la posibilidad de depresión después de la administración de la "vacuna" antiCovid. El médico debe ser consciente de esta posibilidad y debe preguntar a los pacientes de edad avanzada sobre los síntomas del estado de ánimo después de la "vacunación" contra la Covid-19.

La aparición de psicosis tras la "vacunación" puede estar mediada por la respuesta inmunitaria del organismo frente al SARS-CoV-2. Específicamente, ***la administración de la "vacuna"*** provoca ***una reacción inmunitaria celular que conduce a la liberación de citocinas proinflamatorias mediada por células T colaboradoras. En algunas personas, esto puede*** provocar ***una tormenta de citocinas y una hipofunción del receptor NMDA con el consiguiente aumento de la dopamina; esto puede*** desencadenar ***un estado psicótico***. Otras causas hipotéticas de psicosis después de la "vacunación"

incluyen la encefalitis anti-NMDA. La mayoría de los casos índice no tienen antecedentes de enfermedad psiquiátrica antes de recibir la "vacuna***". Un historial de infección previa por Covid-19 antes de la "vacunación" se ha*** relacionado ***con mayores probabilidades de reacciones adversas físicas. Si esto es cierto para las reacciones adversas psicológicas merece una*** mayor investigación (una prueba más de algo que comento varias veces en este informe: la importancia de saber previamente si el menor tiene inmunidad natural).

En un estudio que analizaba la ansiedad y depresión entre anestesistas y médicos de cuidados intensivos "vacunados" durante la pandemia de Covid-19 en los Emiratos Árabes Unidos, encontraron que ***la ansiedad significativamente mayor (46%) y la depresión (53.6%) se asociaron con la "vacuna" Pfizer-BioNTech, que justamente, es la que se está inoculando en niños de 5 a 11 y también, mayoritariamente en adolescentes de 12 a 17***. Podemos encontrar más casos publicados en revistas de alto índice de impacto y revisadas por pares, que constatan también los efectos secundarios psiquiátricos después del uso de la "vacuna" Covid basada en ácido ribonucleico mensajero (ARNm), es decir Pfizer y Moderna (Reinfeld et al., 2021 ; Roberts et al., 2021 ; Takata et al., 2021 ; Yesilkaya et al., 2021o Flannery et al., 2021). También sucede con otras como Janssen o AstraZeneca.

En otra publicación se revisaron bases de datos electrónicas como PubMed y Google Scholar para identificar informes relevantes. Encontraron un total de 11 informes que describen 14 casos de reacciones psiquiátricas; estos fueron en su mayoría estados mentales alterados, psicosis, manía, depresión y trastorno neurológico funcional.

En un estudio de cohorte de 263 697 pacientes del Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos completamente "vacunados", ***los diagnósticos de trastornos psiquiátricos, se asociaron con una mayor incidencia de infección por SARS-CoV-2 después de la "vacunación". Dicho de otra manera, en personas con estos antecedentes, la inoculación, aumenta el riesgo de infección***.

Si hacemos una búsqueda en Vigibase que es la base de datos de la OMS, a día 02 de julio del 22, existen 178 410 casos de desórdenes psiquiátricos derivados de las "vacunas" Covid, de los cuales, por ejemplo, 27 301 son casos de ansiedad y de depresión 5855.

Problemas relacionados con el oído

La OMS informó en un boletín de que encontró 164 casos singulares de pérdida de audición en el mundo. Las mujeres representan 104 de estos casos, mientras que los hombres representan 59. Las edades de los afectados oscilan entre los 19 y los 93 años, siendo la edad media de 49 años. En Estados Unidos se produjo el mayor número de incidentes, con 66, seguido del Reino Unido, con 36 casos, e Italia, con 15.

La "vacuna" de Pfizer/BioNTech, con 142 eventos, registró el mayor número de eventos, seguida de Moderna, con 15, y AstraZeneca, con siete. De los 164 casos, 51 se recuperaron o estaban recuperándose, mientras que 50 aún no se habían recuperado. Se desconoce la situación de los 63 restantes.

"Aunque la mayoría de los casos se registraron como no graves (93 casos o equivalente a un 57%), 71 de estos casos (equivalente a un 43%) se registraron como graves. Los criterios de gravedad fueron a menudo 'otra afección de importancia médica' (37 informes de casos), y 'Discapacitante/incapacitante' (29 informes), seguidos de 'Causó/provocó una hospitalización prolongada' (5), y 'Peligro para la vida' (2)", señala el boletín.

El tinnitus se observó en 367 casos, que incluían 56 incidentes que se agrupaban en pérdidas de audición. De los 367 casos, las mujeres representaban el 73% y los hombres el resto. El Reino Unido y Estados Unidos registraron el mayor número de casos, con 115 y 113 respectivamente. Italia informó de 42 casos. Sin embargo en un artículo se describen más de ***12 mil casos de tinnitus*** (ruido persistente en los oídos sin un estímulo sonoro posteriores a la "vacunación", reportados en VAERS entre diciembre 2020 y septiembre 2021. También realizaron una evaluación de la literatura médica clínica para identificar estudios de caso.

En el artículo, discuten ***los*** mecanismos ***que podrían llevar a la ocurrencia de tinnitus posterior a la "vacunación", e*** identifican ***autoinmunidad (provocado por la semejanza molecular de partes de la proteína Spike con proteínas humanas) como una posibilidad. Otras*** posibilidades ***son ototoxicidad de los componentes de las vacunas, estrés y una predisposición genética o fisiológica***.

Aquellos que han padecido de tinnitus saben que puede afectar ***su calidad de vida de manera marcada***. Hay personas que podrían estar experimentando tinnitus y ni siquiera lo han asociado al haber recibido la inoculación. La correcta identificación del padecimiento y su oportuno tratamiento son indispensables. ***Seguir repitiendo que un padecimiento, en este caso, tinnitus, no puede deberse a la "vacunación" es una falta de*** respeto ***a los pacientes que confiaron en sus médicos y autoridades y ahora están padeciendo***.

En cuanto a las "vacunas", el 80% de los casos se produjeron entre personas que habían recibido una inyección de Pfizer, mientras que Moderna representó el 11% de los incidentes. Del total de casos, se ha informado de que 164 se han recuperado del acúfeno, mientras que 90 no se han recuperado. Se desconoce la situación de 112 casos.

También se descubrió una relación entre la pérdida de audición y la vacuna contra Covid-19 en un estudio publicado por JAMA el 24 de febrero. Aunque afirma que el "tamaño del efecto" de la posible pérdida de audición es "muy pequeño", los investigadores admiten que "este estudio sugiere que la 'vacuna' contra Covid-19 con ARNm BNT162b2 (de Pfizer) podría estar asociada a un mayor riesgo de SSNHL (pérdida de audición neurosensorial repentina)".

Si hacemos una búsqueda en VAERS, a día 24 de junio del 22, encontramos 22 028 casos de tinnitus, de los cuales 3923 fueron graves.

Anafilaxia, ECM-síndrome nefrótico, mielitis transversa y otros más

Conviene empezar por recordar algo que ya mencioné anteriormente, la deficiencia en los reportes, así por ejemplo, un artículo de 2020 publicado en Vaccine concluye que los eventos adversos graves posteriores a la vacunación no se notifican en un factor de 8.3, de igual forma que hay otro artículo que dice que ese factor es 100. Los CDC y la FDA ignoran estas tasas. Por ejemplo, en años anteriores de informes de lesiones por vacunas, se registró un promedio de solo 1.4 casos de embolia pulmonar después de la vacunación. En 2021, se informó de embolia pulmonar 1131 veces. Si multiplicamos por los factores antes mencionados, la cifra que ya de por sí es muy preocupante, se vuelve escandalosa.

Sabiendo esto, veamos la información de otros eventos adversos:

Uno de los riesgos de las "vacunas" ***es una reacción alérgica, a menudo muy rápidamente después de una inyección***. Recientemente se informó de un caso en el que una autopsia demostró la causalidad. El artículo se tituló: "Mujer murió de reacción alérgica a la "vacuna" Covid, confirma la autopsia". Se señaló que "Jeanie Evans, de 68 años, murió el 24 de marzo, un día después de recibir la 'vacuna' Moderna". "Alrededor de 20 minutos después, comenzó a quejarse de que sus vías respiratorias estaban obstruidas". También señaló: "Según los informes, el hombre de 68 años tenía antecedentes de hipertensión, trastorno alérgico, alergias ambientales y enfermedad reactiva de las vías respiratorias. Anteriormente tuvo una reacción alérgica al albuterol, un medicamento que se usa para tratar las sibilancias y la dificultad para respirar, según el informe de la autopsia".

El artículo también señaló: "***La anafilaxia, una reacción alérgica grave que pone en peligro la vida, después de una 'vacuna' Covid-19*** ha ocurrido en aproximadamente 5 por cada 1 millón de personas vacunadas en los Estados Unidos, según los CDC. Pero, ¿las personas que administran las inyecciones son capaces de predecir quién corre un riesgo significativo de sufrir una reacción alérgica mortal? Además, los CDC dicen que "los proveedores de atención médica pueden tratar la reacción de manera efectiva e inmediata". Pero, ¿se puede asegurar esto siempre teniendo en cuenta los diversos lugares de "vacunación"?

Un estudio reciente encontró que la anafilaxia después de la "vacunación" con Covid-19 ocurrió a una tasa de 2.47 por cada 10 000 "vacunaciones". Este evento adverso grave es el más obvio de todos y debe ser informado por ley. Los CDC sostienen que "la anafilaxia después de la "vacunación" contra la Covid-19 es poco común" y ocurre aproximadamente solo una vez por cada dos a cinco millones de personas que reciben la "vacuna". Este informe entra en conflicto con el estudio de Brigham, que encuentra que la anafilaxia ocurre de 50 a 120 veces más a menudo de lo que informan VAERS y los CDC.

Un reporte de un caso que fue publicado en la revista American Journal of Kidney Disease (Revista Americana de Enfermedades Renales). El artículo documenta un caso de una enfermedad conocida como ***"Enfermedad de Cambios Mínimos (ECM)", que es una afectación de los riñones que puede ser severa y es la principal causa de nefrosis (daño renal) en niños*** (pueden leer más sobre este padecimiento aquí).

El reporte clínico consiste del caso de un hombre sano (sin comorbilidades) de 50 años quien 10 días ***después de recibir la "vacuna" contra SARS-CoV-2, experimentó daño renal agudo y síndrome nefrótico***. Sus signos clínicos habían comenzado a los cuatro días de la aplicación de la primera dosis de la "vacuna" de Pfizer, e incluyeron edema (acumulación de líquido) en las piernas, manos, pared abdominal y pene. Tenía alterados algunos parámetros sanguíneos y clínicos que fueron indicativos de daño renal severo. Su función renal continuó deteriorándose y tuvo que recibir tratamiento con corticosteroides y mantenerse hospitalizado por 10 días. El cuadro clínico ha sido descrito en otras condiciones, incluyendo la recepción de algunas vacunas, como la de Influenza. Si bien reconocen los autores la asociación entre la recepción de la "vacuna" contra SARS-CoV-2 y la ocurrencia del daño renal ECM, indican que es el primer caso y que deben de esperar más reportes para conocer la incidencia verdadera de este "posible efecto adverso de la vacuna". Lo interesante es que este estudio fue publicado en abril de 2021, y desde entonces se han reportado más reportes, por ejemplo, los siguientes: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15), que son sobre todo estudios de caso asociados a las "vacunas" de: Pfizer, Astrazeneca, Johnson & Johnson y Moderna.

Por la gravedad que puede tener el síndrome nefrótico y el fallo renal agudo, es importante y necesario que los médicos conozcan estos efectos adversos para poder reconocer los síntomas de manera oportuna en los pacientes "vacunados".

Sin embargo, el síndrome nefrótico no es el único tipo de afectación renal que se ha documentado posterior a la "vacunación". En palabras de Sugita y colaboradores quienes publicaron un artículo hace unos días en CEN Case report, "en el marco de la "vacunación" masiva contra Covid-19, ***los casos nuevos o reincidencia de enfermedad renal y vasculitis incluyendo síndrome nefrótico de mínimos cambios, nefropatía, nefropatía asociada a inmunoglobulina A, vasculitis asociada a inmunoglobulina A, desarrollados tras recibir las "vacunas" contra Covid-19, se están incrementando***". Esto no tendría que sorprendernos (pero sí, al menos, indignarnos). Al fin y al cabo, recordemos que los ensayos de fase III excluyeron a personas con problemas crónicos de salud (como problemas renales), así que no se había determinado el riesgo de agravación y/o enfermedad renal nueva en personas susceptibles. Por ejemplo, en diciembre 2021 se publicaron casos de vasculitis necrosante en personas previamente sanas así como casos de vasculitis necrosante recurrente, posterior a la "vacunación" contra Covid-19. El 50% de los pacientes afectados con este padecimiento, presentaron en consecuencia disfunción renal. En este otro artículo, se reportó glomerulonefritis en un paciente trasplantado que había estado estable por 14 años, recibió la "vacuna" (en este caso, Astrazeneca) y desarrolló este padecimiento en menos de 15 días. La

glomerulonefritis ya había sido detectada en cuatro pacientes que habían recibido “vacunas” Covid-19 (tres diferentes marcas) y fue reportado desde septiembre 2021 y una revisión sobre el tema (problemas renales post-“vacunación” Covid-19) se había publicado en agosto 2021.

Resulta interesante el que, al buscar información al respecto, los estudios de la inmunogenicidad de las “vacunas” Covid-19 en pacientes renales transplantados, pacientes hemodializados y pacientes nefróticos se han realizado con un enfoque muy particular: estos estudios suelen medir la concentración de anticuerpos anti-Spike en pacientes que han recibido las “vacunas” (algunos han reportado niveles altos y otros niveles más bajos que el control; definitivamente no hay consenso científico en los resultados). El problema de esta aproximación es que ***la cantidad de anticuerpos producidos no es sinónimo de protección inmune*** (en términos de especificidad contra las variantes actuales, ni en términos de la duración). ***Mucho menos es una forma de determinar si las vacunas son seguras en este tipo de paciente***. Para que tengamos una idea, el diseño experimental del estudio sobre la seguridad y eficacia en pacientes renales, publicado en septiembre 2021 y que todavía no termina ni tiene resultados publicados, decidió analizar a la “vacuna” en 350 pacientes renales, 300 pacientes transplantados y 200 controles. En cuanto a seguridad, en ese ensayo clínico contemplan solamente los efectos adversos reportados durante 7 días posteriores a la “vacunación”. En otras palabras, si los efectos adversos ocurrieron del día 8 en adelante, ya no fueron contabilizados. Por otro lado, en el cuadro de información suplementaria del estudio se puede ver que excluyeron también a muchos pacientes, mismos que suelen ser los que los mismos médicos exigen y suplican que sean “vacunados” (sin que tengamos nada de información sobre la seguridad de estos productos en ellos).

Los problemas renales, sobre todo glomerulares, son importantes. Claro que no le ocurren a todos los “vacunados” (no somos ecuaciones matemáticas), pero es necesario que los médicos conozcan que *estas “vacunas”* (***posiblemente por acción de Spike, además de la inflamación desregulada que puede ejercer el ARNm y los nanolípidos, entre otras cosas***) ***pueden ocasionar efectos adversos renales***. Si se abren a esta posibilidad, entonces podrán reconocer los síntomas de manera oportuna en sus pacientes “vacunados”, así como para tener más elementos para recomendar, con base en la historia clínica del paciente, la decisión que sea mejor para la integridad, seguridad y bienestar del paciente en cuanto a recibir o no la “vacunación”. Tal vez requieran desempolvar sus apuntes y libros sobre fisiología renal, sobre la regulación del eje RAA por ACE2, y si estos conocimientos refrescados los ponen en el contexto de lo que ya se ha publicado ad nauseum sobre lo que Spike causa sobre ACE2, ¿tal vez se sentirán (aunque sea ligeramente) incómodos de ver a los ojos a sus pacientes renales y recomendarles la “vacuna”? ¿Realmente tienen suficiente certeza de que les están recomendando productos ampliamente estudiados, sobre todo en los pacientes renales?

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha recomendado añadir ***un tipo raro de inflamación de la columna vertebral llamado mielitis transversa como efecto secundario de la “vacuna” monodosis de Janssen***

(Johnson & Johnson) contra la Covid-19. ***Los informes sobre esta grave enfermedad neurológica fueron también el motivo de la interrupción de los ensayos en las primeras fases de desarrollo de las "vacunas" de AstraZeneca y Janssen que se basan en una tecnología similar***.

La mielitis transversa es un ***síndrome inflamatorio que afecta a la médula espinal*** y que suele ser provocado por infecciones virales. En la mayoría de los casos, el trastorno inflamatorio aparece después de recuperarse de la infección.

Algunos de los síntomas de la mielitis transversa son dolor, debilidad en los brazos y las piernas, parálisis, problemas sensoriales o disfunción de la vejiga y el intestino.

Su tratamiento, basado en medicamentos y terapia de rehabilitación, puede llegar a lograr que las personas se recuperen al menos parcialmente. No obstante, ***las personas con ataques severos a veces quedan con discapacidades significativas.***

La linfadenopatía o adenopatía es otra de las consecuencias de los sueros, se da ***especialmente con la tercera dosis de la "vacuna"***. En su 13º Informe de Farmacovigilancia sobre Vacunas Covid-19, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) advierte sobre ello:

"Se ha observado una mayor proporción de linfadenopatías tras la administración de las terceras dosis, lo cual está en consonancia con lo observado en los ensayos clínicos, en los que la incidencia de linfadenopatías fue mayor en los participantes que recibieron una dosis de refuerzo (tercera dosis) que en los que recibieron 2 dosis (5.2% frente a 0.4% respectivamente), tal y como se indica en la ficha técnica de Comirnaty".

Esta enfermedad consiste en la inflamación de los ganglios linfáticos, lo que conlleva dolor en zonas como el cuello, las axilas o las ingles.

Las "vacunas" que presentan la lifadenopatía entre sus diez reacciones adversas más comunes son las de Pfizer y la de Moderna. La primera tiene este efecto secundario como ***el más notificado tras poner la tercera dosis***. ***Está entre los efectos adversos más notificados en niños también***. Con la "vacuna" de Moderna también se presentan dichas consecuencias.

Los ganglios son unas zonas de nuestro cuerpo en las que se almacena un tipo de glóbulo blanco denominado linfocito, encargado de defendernos frente a diversas enfermedades, fundamentalmente enfermedades infecciosas y tumorales.

Los ganglios suelen localizarse en grupos o regiones, siendo las regiones más habituales las ingles, las axilas, el cuello y debajo de la mandíbula. También existen regiones de ganglios que están más profundas, como el mediastino (la zona situada entre ambos pulmones), los hilios pulmonares, el abdomen, etc.

Cuando existe una inflamación de los ganglios por cualquier causa, éstos crecen y pueden tocarse debajo de la piel o verse con diversas pruebas de imagen. Las adenopatías o linfoadenopatías son ganglios aumentados de tamaño.

Otros efectos secundarios observados son por ejemplo: fuga capilar, parálisis corporal, uveítis (inflamación ocular que puede causar ceguera permanente) o artralgia (dolor articular).

Observación directa

Veamos un caso real de eventos adversos, especial, porque se produjo en una doctora y porque decidió hacerlo público. Danice Hertz de 64 años que se encuentra "**terriblemente enferma" e "incapacitada" después de recibir la 'vacuna contra el Covid de Pfizer'**, afirma que las agencias de salud de EE.UU están ignorando miles de eventos adversos. En una entrevista exclusiva con The Defender, **Hertz dijo que si pudiera retroceder en el tiempo, no se habría "vacunado"**. Comentó que **hay miles de personas como ella, que han resultado afectadas por las "vacunas" contra la Covid que están sufriendo** y necesitan ayuda, pero son ignoradas por los principales medios de comunicación y las agencias de salud de Estados Unidos, mientras tanto, los mandatos de la "vacuna" Covid se están implementando para millones de estadounidenses, sin apenas tener una discusión sobre los riesgos. En 24 horas desarrolló síntomas neurológicos, incluyendo parestesias severas en su cara, lengua, cuero cabelludo, pared torácica y extremidades, así como temblores, espasmos, debilidad, dolores de cabeza, tinnitus y desequilibrio.

"Mi presión arterial era de 186 sobre 127, lo que descubrí que es característico de estas reacciones. Sentía como si todo mi rostro estuviera ardiendo, como si me hubieran vertido ácido en la cara. Tenía sensaciones en todo mi cuerpo como si estuviera vibrando. Sentí que tenía una banda apretada alrededor de mi cintura, dolor en el pecho y dificultad para respirar, y me fui a la cama durante siete días". El caso de Hertz fue aceptado en el Proyecto CISA y se presentó en las grandes rondas de los CDC el 23 de marzo. Después de la reunión, un médico envió una carta a Hertz sugiriendo que tenía un "trastorno de mastocitos".

El síndrome de activación de los mastocitos (o trastorno de los mastocitos) es una afección en la que un paciente experimenta episodios repetidos de los síntomas de la anafilaxia: síntomas alérgicos como urticaria, hinchazón, presión arterial baja, dificultad para respirar y diarrea intensa. La mastocitosis sistémica puede provocar lesiones cutáneas, dolor en los órganos internos, dolor de huesos, diarrea y vómitos, pérdida de peso y síntomas cardiovasculares.

Hertz dijo que, como doctora, está a favor de las vacunas, pero también está a favor del "consentimiento informado", y eso siempre se lo ha dado a sus pacientes. "La gente debe de recibir información precisa y completa sobre los riesgos y la capacidad de tomar una decisión. Hacer esa elección por ellos está mal".

Una médico de California llamada Patricia Lee que trabaja en la UCI y que, a pesar de que ella misma reconoce estar inoculada, dice en sus cartas que: "ya no puedo aguantar mantenerme en silencio ante el grave daño que provocan las inoculaciones". En su carta, Lee describe que lo que está viendo en su trabajo es a "personas completamente sanas que sufren lesiones graves, a menudo fatales". Cuenta, además, los principales efectos con los que se está encontrando al ver pacientes con "**mielitis transversa, que resulta en cuadriplejía, neumonía por Pneumocystis, fallo orgánico multisistémico, trombosis del seno venoso cerebral, choque hemorrágico posparto y choque séptico, y viremia (un término que describe la presencia de virus en la sangre) diseminada por CMV y CMV"**.

En las cartas, enviadas a la FDA y a los CDC el pasado día 28 de septiembre, explica **haber observado más lesiones relacionadas con la vacuna de los que ella ha podido ver en los últimos 20 años**. Además denuncia que en su "experiencia personal este año al tratar a pacientes en una UCI no concuerda con las afirmaciones hechas por las autoridades de salud federales con respecto a la seguridad de las vacunas".

Y concluye diciendo que es "su conciencia la que le obliga a denunciar estos hechos".

Más pruebas de falsedades sobre los sueros, constatación de más eventos adversos y un poco de historia

Además de las pruebas expuestas hasta ahora, hay otras y bastante variadas, incluso de naturaleza histórica. Todo lo que está sucediendo no es nuevo, ***en 2005 ya eran conscientes de lo que podían causar estos sueros***:

El pinchazo contra una cepa podría empeorar ***la infección con otras***, incluso, se emitió una nota de advertencia para quienes desarrollaban vacunas contra el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). "Algunas vacunas podrían resultar inútiles contra ciertas cepas, o incluso empeorar la infección, sugiere un estudio preliminar".

Varios grupos estaban intentando hacer una vacuna contra el virus. Principalmente, estaban tratando de encontrar formas de exponer a las personas a una proteína en la cubierta del virus, llamada proteína de pico, que le ayudaba a ingresar a las células. Suponían que eso iba a hacer que el sistema inmunológico reconociera el virus durante una infección futura y produjera anticuerpos que lo ataquen.

Gary Nabel del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas en Bethesda, Maryland, y sus compañeros de trabajo inyectaron a ratones con proteína de pico de un virus del SARS tomado de un paciente humano infectado a principios de 2003. Luego recolectaron los anticuerpos producidos por los animales.

En experimentos de laboratorio, ***demostraron que estos anticuerpos no podían atacar la proteína de pico de una cepa diferente de SARS***, ***aislada de un paciente infectado a finales de 2003***. A continuación, el equipo probó si los anticuerpos atacarían proteínas de pico de dos cepas de SARS aisladas de civetas, de las que se cree que el virus saltó originalmente a los humanos. En este caso, ***encontraron indicios de que los anticuerpos en realidad aumentaron la capacidad del virus para infectar células***. El estudio se publicó en las Actas de la Academia Nacional de Ciencias.

"***Una vacuna contra una cepa del virus del SARS pueda resultar ineficaz contra otras. Peor aún, un pinchazo contra una cepa podría incluso agravar una infección con el virus del SARS de civetas u otra especie***", dijo Nabel.

Sigamos con pruebas históricas:

En 1976, las autoridades de salud pública se vieron obligadas a detener el despliegue de una vacuna contra la gripe porcina que se movilizó rápidamente, después de que una avalancha de publicidad negativa y unos 4000 eventos adversos graves (incluyendo el síndrome de Guillain-Barré y la muerte), se hicieran imposibles de ignorar. Con más de medio millón de lesiones causadas por las "vacunas" Covid notificadas ya sólo al VAERS, y muchas más notificadas en todo el mundo, los acontecimientos actuales empequeñecen la "debacle" de 1976.

En un documental de investigación recientemente resurgido, el periodista de 60 Minutes Mike Wallace abordó la historia del desastre de salud pública de 1976 que incluso The New York Times llamó un "fiasco". Comenzó después de que un solo soldado en Fort Dix, Nueva Jersey, contrajera una cepa de influenza y muriera. Lo que no se informó de inmediato fue que el soldado se había levantado de su lecho de enfermo para participar en una marcha nocturna físicamente agotadora en pleno invierno, tras lo cual falleció. En lugar de un esfuerzo excesivo, se culpó a la gripe de su muerte, y no a cualquier gripe: una cepa del virus conocida como H1N1 y denominada "gripe porcina", que en ese momento se pensaba que tenía la capacidad de hundir a los Estados Unidos en una nueva crisis de 1918 que podría causar un millón de muertes. El problema fue que, según 60 Minutes, solo un puñado de otros soldados en Fort Dix contrajeron la gripe porcina, y todos se recuperaron.

No obstante, el evento, combinado con un puñado de informes no confirmados de otros casos de gripe porcina en varios otros países, fue empaquetado como un presagio de destrucción viral y desencadenó una campaña gubernamental masiva en tiempos de guerra para inmunizaciones a nivel nacional utilizando vacunas contra la gripe producidas apresuradamente por un sentido equivocado de urgencia. Al final **resultó que, apresurar la producción de vacunas contra la influenza para intentar adelantarse a una crisis de salud aparentemente inminente fue una receta para el desastre**.

Como informó Discover Magazine en un artículo de 2013, la prisa con la que se produjo la vacuna contra la gripe llevó a los desarrolladores a usar un "virus vivo"

atenuado en lugar de una forma inactivada, lo que aumentaba la posibilidad de que los vacunados desarrollaran efectos secundarios adversos por la inyección. Pero el gobierno no se detuvo a examinar los riesgos y no advirtió al público sobre los posibles efectos secundarios. En cambio, l**os funcionarios del gobierno** afirmaron **que el público no estaría a salvo del flagelo de la gripe porcina hasta que el 80% de los estadounidenses estuvieran vacunados**.

En marzo de 1976, el presidente Gerald Ford anunció en una conferencia de prensa que el gobierno planeaba vacunar a "todos los hombres, mujeres y niños de los Estados Unidos". En abril, Ford promulgó la ley del "Programa Nacional de Inmunización contra la Gripe Porcina" del gobierno federal, un plan de vacunación generalizado con un precio de $ 135 millones. **Después de enfrentar inicialmente la resistencia de los fabricantes de vacunas, las corporaciones solo aceptaron empezar a fabricar después de que el gobierno acordó brindarles protección contra cualquier afirmación de que la vacuna había causado reacciones adversas**.

Meses después, se inició una campaña masiva de relaciones públicas, con publicidad persuasiva que incluía una impresionante lista de políticos y celebridades fotografiados recibiendo la vacuna. Solo 10 semanas después de que se implementaron las vacunas el 1 de octubre, aproximadamente una cuarta parte de la población de EE. UU. (Aproximadamente 46 millones de personas) se había vacunado. **Aparentemente basándose en datos erróneos y una creencia errónea de que la gripe porcina conduciría a una pandemia de escala apocalíptica, los CDC de Senser se aceleraron y lanzaron un plan de vacunación urgente a nivel nacional**.

La respuesta de pánico al potencial de un brote de gripe porcina llevó a la creación apresurada de centros de vacunación que dependían de personal que no era médico para realizar las vacunas en un programa de inmunización generalizado. **Al carecer de un número suficiente de profesionales médicos para asesorar a las personas adecuadamente, la configuración de emergencia requirió que los CDC diseñaran un "formulario de consentimiento" que les proporcionara a las personas la información que necesitaban saber antes de recibir el pinchazo. Las hojas de información en ese momento informaron a los estadounidenses que las vacunas se habían probado con éxito. "Lo que no dijo fue que después de que se completaron esas pruebas, los científicos desarrollaron otra vacuna, y esa fue la que se administró a la mayoría de los 46 millones que se inyectaron**", señaló el informe de 60 Minutes. "Esa vacuna se llamaba X53A".

Después de que las vacunas se vincularon a lesiones graves, incluidas afecciones neurológicas, Senser dijo que nadie se había informado a sí mismo ni a sus colegas en los CDC de que podría haber riesgo de daño neurológico por las inyecciones. Sin embargo, el **Dr. Michael Hattwick, quien dirigió el equipo de vigilancia para el programa de influenza porcina y los CDC, y cuyo**

trabajo requería que detectara cualquier daño potencial que pudiera provenir de las vacunas, dijo, "eso es una tontería".

En 1976, la administración Ford no cerró la economía nacional. Ni los gobiernos ni las empresas tomaron medidas enérgicas contra las reuniones públicas, impusieron mandatos de máscaras, forzaron el distanciamiento social o cerraron escuelas y lugares de trabajo. El estado de vacunación no se convirtió en un requisito previo para participar en la vida cotidiana. Las vacunas, aunque se instaron, no fueron obligatorias. Pero mientras los funcionarios del gobierno exageraron la urgencia de una crisis de salud pública que resultó ser nada más que los resfriados, la debacle de la gripe porcina fue más o menos un pecado de omisión: **mientras impulsaba la vacunación, el gobierno no informó al público sobre el problema, riesgos o para hacerles saber que la crisis anticipada simplemente nunca se había materializado**.

Después de que decenas de millones de estadounidenses confiados se arremangaron voluntariamente para recibir la vacuna contra la gripe porcina, cientos desarrollaron el síndrome de Guillain-Barré, una enfermedad que induce la parálisis y que también se ha relacionado con las "vacunas" Covid-19.

En octubre de 1976, el programa de vacunación contra la influenza porcina se detuvo en nueve estados después de que **tres personas mayores murieran tras la inoculación**, solo seis meses después de que el presidente Ford firmara un proyecto de ley que autorizaba el plan de vacunación. En diciembre, el plan se detuvo en todo el país.

Ahora vamos con algunas pruebas modernas de carácter científico:

Un estudio, que realiza una revisión de los datos de los ensayos clínicos de las "vacunas" Covid-19 concluye que ***no hay datos científicos que demuestren que las "vacunas" puedan mejorar la salud de la población***. No sólo eso, el informe dice que ***los datos parecen apuntar en la dirección opuesta***, infiriendo que hay más daño que bien en recibirlas. Analizando cada una de las "vacunas" individualmente, el estudio se centra en los eventos adversos que se producen después de la "vacunación" con cada una de las "vacunas" actualmente disponibles, y alega que "***el deterioro real de la salud causado por las 'vacunas' es probablemente mucho peor de lo que sugieren la mayoría de las tablas de datos disponibles***". El estudio detalla un problema central con los ensayos de Pfizer, Moderna y Janssen (Johnson & Johnson). Los tres emplean un criterio sustituto de valoración primaria para la salud, llamado: "Infecciones graves por Covid-19". Esto, dice Classen, "demostró ser engañoso" y muchos campos de la medicina han dejado de utilizar criterios de valoración específicos de enfermedades en los ensayos clínicos, y en cambio, adoptaron el criterio de "mortalidad y morbilidad por todas las causas".

La razón de esto es porque si una persona muere a causa del tratamiento o resulta herida, incluso si el tratamiento ayudó a bloquear la progresión de la

enfermedad por la que está siendo tratada, el resultado final sigue siendo negativo.

Al analizar nuevamente los datos de los ensayos clínicos de estas "vacunas" antiCovid, utilizando la "morbilidad grave por todas las causas" como criterio de valoración principal, los datos revelan que en realidad causan mucho más daño que beneficio.

El criterio de valoración adecuado se calculó al sumar todos los eventos graves reportados en los ensayos, no solo de Covid-19, sino también todos los demás eventos adversos graves. Al hacer esto, la infección grave por Covid-19 adquiere el mismo peso que otros eventos adversos. De acuerdo con Classen:

"**Los resultados demuestran que ninguna de las "vacunas" proporciona un beneficio y todos los ensayos fundamentales demuestran un aumento significativo en 'todas las causas de morbilidad grave' en el grupo "vacunado" en comparación con el grupo de placebo**.

El grupo "inmunizado" de Moderna sufrió 3042 eventos más severos que el grupo de control. Los datos de Pfizer estaban incompletos, pero los datos proporcionados demostraron que el grupo de "vacunación" sufrió 90 eventos más graves que el grupo de control, cuando solo se incluyeron los eventos adversos "no solicitados". El grupo inmunizado con Janssen sufrió 264 eventos más graves que el grupo de control.

Janssen afirma que su "vacuna" evitará 6 casos de Covid-19 grave que requieren atención médica de los 19 630 "inmunizados"; Pfizer afirma que su "vacuna" evitará 8 casos de Covid-19 grave de los 21 720 "inmunizados"; Moderna afirma que su "vacuna" evitará 30 casos de Covid-19 grave de los 15 210 "inmunizados".

De acuerdo con estos datos, es casi seguro que **la "inmunización" masiva del Covid-19 daña a la población en general**. Los principios científicos dictan que la inmunización masiva con "vacunas" antiCovid-19 debe detenerse de inmediato porque enfrentamos una inminente catástrofe de salud pública inducida por la 'vacuna'".

Para que las cantidades anteriores sean más claras y obvias, aquí están las estadísticas de prevención en porcentajes: Pfizer 0.00036 %; Moderna 0.00125 %; Janssen 0.00030 %.

Por otro lado, según un artículo publicado por Alex Berenson, un informe filtrado revela que **Moderna** sabe que su inyección antiCovid-19 **ha causado más de 300 000 afectados en 3 meses y los ha ocultado a las autoridades sanitarias**.

Un detalle importante, se produjo cuando el verano pasado se publicó el breve estudio de seguridad y eficacia de la "vacuna" Pfizer-Biontech para Covid-19 hecho por la misma empresa fabricante de la "vacuna". Dicho estudio comprende el seguimiento de tan solo seis meses de los participantes en el mismo, ya que

después Pfizer cegó el grupo control (es decir, ofreció a este grupo también la “vacuna”).

Si comprobamos en los anexos los datos de mortalidad general en ambos grupos: “vacuna” y control observamos que, aunque similares, son más altos en el grupo “vacuna”. Esto es un indicador de que, al menos, ***la “vacunación” con este fármaco no supone ningún beneficio*** y nos plantea la inevitable pregunta de qué habría ocurrido si el estudio se hubiera prolongado el mínimo tiempo imprescindible: los mencionados dos años.

Si analizamos los datos de mortalidad que aparecen en este estudio, observamos que la ***única muerte por neumonía Covid-19 se produce, precisamente en el grupo “vacuna” (fallecimiento sólo por Covid-19 puede deberse únicamente a un test positivo) y que los fallecimientos en este grupo son debidos principalmente a problemas cardiovasculares y sepsis, es decir, fallo del sistema inmune en el sentido de inmunodepresión y ataque al corazón y vasos sanguíneos, tal y como muchos científicos están denunciando y anunciando que ocurriría con estas mal llamadas “vacunas”***.

A este respecto, Biólogos por la Verdad, ha hecho pública una lista en su canal de Telegram con más de 150 “estudios y/o reportes científicos sobre los peligros asociados a las “vacunas” Covid-19, relacionados a coagulaciones sanguíneas, miocarditis, pericarditis, trombosis, trombocitopenia y similares”.

De igual forma, se ha publicado un informe, elaborado de forma independiente, sobre la farmacovigilancia (análisis de seguridad) de los productos utilizados para la “vacunación” contra Covid-19. El reporte fue preparado por el Consejo Mundial para la Salud (WCH, por sus siglas en inglés) y demuestra ***que los datos sobre las reacciones adversas a las inoculaciones antiCovid-19 han alcanzado la cantidad suficiente para la cual se han removido productos semejantes en el pasado***.

El informe utilizó los datos de farmacovigilancia de las bases de datos oficiales y públicos de la OMS (VigiAccess) de la CDC-VAERS, Eudravigilance y del Reino Unido (UK Yellow Card Scheme), para examinar las señales de seguridad de estos productos.

Revisaron los eventos adversos reportados para una vacuna de la que hayan sido administrados un número de dosis comparable. Esa es la vacuna contra tuberculosis (BCG). Entre 1968 y mayo de 2022 se han aplicado 4 000 000 000 dosis, mientras que para las “vacunas” Covid-19 se han aplicado 5 100 000 000 dosis entre diciembre de 2020 y mayo de 2022. Es decir, un número comparable de dosis aplicadas. Los reportes de eventos adversos son, para las “vacunas” Covid-19: 3 800 000, para la vacuna BCG: 37 000. Es decir, 100 veces ***más eventos adversos reportados para estas vacunas que para la vacuna BCG*** dado un número semejante de dosis administradas en el mundo. El informe indica: "Dado el propósito de VigiAccess de analizar los reportes de daño que pudo haber sido ocasionado por un fármaco, y encontrar 'señales' de reacciones adversas

potenciales generadas por los fármacos, es necesario llevar a cabo una investigación y acción de forma urgente por parte de la OMS".

Veamos un análisis diferente, conceptualmente novedoso, que también nos muestra la verdadera realidad de los sueros experimentales:

El artículo de V. Keddis, publicado en preimpresión (es decir, aún no revisado por pares) el 1 de marzo de 2022, se enfoca en determinar el impacto de la "vacunación" anti-Covid-19 en los Estados Unidos en la mortalidad y comparar este impacto con el del estado de salud de las poblaciones expuestas al virus. Este enfoque es interesante ya que complementa los datos sobre la falta de efecto de la "vacunación" sobre las tasas de contaminación por un lado (1) (2), y sobre la susceptibilidad a la enfermedad vinculada al estado general de salud de las poblaciones por otro lado.

Para cada uno de los 51 estados americanos, el autor utilizó las cifras oficiales que caracterizan la diversidad de las poblaciones de cada estado (State Population by Characteristics: 2010-2020) y el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) que se refiere al estado de salud de las poblaciones de los diferentes Estados, las distintas patologías presentes, la utilización de los servicios de prevención, etc. Los datos de "vacunación" son los proporcionados por el CDC (Center for Disease Control), organismo público que gestiona el seguimiento de enfermedades en EE.UU. El autor utilizó todos estos datos para calcular las tasas de mortalidad según diferentes causas, por grupos de edad, así como según las tasas de "vacunación" asociadas a la dinámica "vacunal". La noción de dinámica de "vacunación" complementa la tasa de "vacunación" utilizada habitualmente. **La dinámica de "vacunación" es la suma del "peso" de las inyecciones por día (ya sea primera dosis, segunda dosis, refuerzo, etc.), siendo el "peso" de la "vacunación" diaria el porcentaje de la población "vacunada" ese día multiplicado por el número de días que faltan hasta el 31 de diciembre de 2021**. En efecto, es fácil entender que si una "vacuna" es eficaz y si una población se "vacuna" muy rápidamente, por ejemplo en 1 mes, el efecto protector de la "vacuna" se alcanzará más rápidamente que si la población tarda 1 año en alcanzar esta misma tasa. Para ilustrar este punto, podemos comparar los dos estados donde las dinámicas son más diferentes: Alabama, con una dinámica de 281, y Vermont, con una dinámica de 481, o un 70% más. Sin embargo, sus tasas de "vacunación" al 31 de diciembre de 2021 son similares: 53.3% y 56.9%, es decir, una diferencia de 3.6%.

La tabla presenta las correlaciones entre las tasas de mortalidad por varias patologías según factores de riesgo o buena salud: ejercicio físico, consumo de vegetales o consumo de frutas, para el año 2021. Una correlación de 1 es la máxima posible. Una correlación de 0 indica que no existe relación entre la enfermedad y el estado de salud indicado. **Una cifra alta y positiva indica aquí un factor que facilita la patología, tanto más cuanto más se aleja de cero, mientras que una cifra negativa aquí indica un efecto protector tanto más marcado cuanto más se aleja de cero. Los números en rojo indican que la correlación es estadísticamente significativa (p<0.05)**.

Vemos como era de esperar que alguien cuya salud ya es frágil durante más de 2 semanas (salud física no bien 14+ días) o una persona obesa (IMC 30+) tienen correlaciones altas (0.73 y 0.64 respectivamente) con las tasas de mortalidad por Covid-19 (columna 1: muertes relacionadas con Covid-19 y posiblemente neumonía). Por el contrario, consumir fruta protege significativamente contra el riesgo de muerte por Covid-19 (-0.75).

El autor también está interesado en la asociación de la tasa y la dinámica de "vacunación" por un lado y la evolución de la tasa de mortalidad por Covid-19 por el otro. Tras ajustar los datos por grupos de edad, separa los 51 estados americanos en dos grupos: los 31 estados en los que ha aumentado la tasa de mortalidad por Covid-19 y los otros 20 en los que ha disminuido la tasa de mortalidad por Covid-19 durante el periodo cubierto por este estudio, del 14 de diciembre de 2020 al 31 de enero de 2022.

Para los 31 Estados que han tenido un aumento en la tasa de mortalidad, los análisis estadísticos ***muestran que este aumento en la mortalidad no está*** relacionado ***con la dinámica de la "vacunación"***. Se considera un vínculo estadísticamente significativo cuando el factor p es inferior a 0.05. Aquí, p=0.88.

Para los 20 estados que tuvieron una tasa de mortalidad más baja, los análisis estadísticos ***muestran que esta caída en la mortalidad no está*** relacionada ***con la dinámica de "vacunación"***. Aquí, p=0,05, con un coeficiente de correlación de 0.15, muy lejos de 1 que indica una correlación perfecta.

Parece que ***la*** importancia relativa ***de la "vacunación" es, en el mejor de los casos,*** comparable ***a la importancia del factor de salud considerado*** (mala salud general >14 días), ***y generalmente*** menor***, o incluso superada, por la importancia del factor de salud considerado***: "Obesidad" , con una importancia relativa en la tasa de mortalidad 9.66 veces superior a la protección que aporta la "vacunación", y la protección por "Ejercicio y fruta" que es 10.14 veces superior a la de la "vacunación".

Este trabajo, gracias a un nuevo enfoque de cálculo, confirma ***los resultados obtenidos anteriormente y ya presentados que*** cuestionan ***la eficacia de la "vacunación" sobre la protección frente a la supuesta infección por SARS-CoV-2, y que*** demuestran ***la superioridad de la protección ofrecida por un estado de buena salud general***.

Los abogados también han encontrado pruebas y con ellas han presentado sus demandas:

Un **abogado** de Ohio, **Thomas** Renz, abogado principal en varios casos importantes entablados contra agencias federales relacionados con fraude y violaciones de los derechos a la libertad médica; ha presentado una denuncia en un tribunal federal de Estados Unidos en nombre de AFLDS, que se basa en una **declaración jurada**, bajo amenaza de perjurio, de una denunciante experta que atestiguó "que **ha habido al menos 45 000 muertes a causa de esta 'vacuna'**", estos números se basan en la cantidad de personas que **murieron**

dentro de los tres días posteriores a la “vacuna” en un solo sistema que informa al gobierno federal. Según se sabe, hay alrededor de 11 o 12 sistemas que están reportando muertes y heridos al gobierno y, obviamente, **las cifras reales son "inmensamente más altas"**. Algo parecido ha hecho otro abogado, **Michael Green**, ha presentado una demanda colectiva en Hawai, contra los mandatos de “vacunas” del gobernador y el alcalde. **Dice que “la ‘vacuna’ está matando a personas en todo el país. Existen tratamientos efectivos. No es necesario hacer pruebas a personas asintomáticas porque los CDC dicen que no transmiten el virus”**.

A las autoridades les encanta “jugar” con los datos y decir “medias verdades” para mantener una narrativa, y esto es válido a escala mundial. De ello, también tenemos pruebas; algunas ya mostradas en este informe y otras como las siguientes, que muestro ahora (aunque procedan de Israel, son válidas para el resto de los países):

El profesor de la Universidad de Regensberg, Christof Kuhbandner, descubrió lo que él llama una situación extremadamente alarmante, en la que ***miles y miles de muertes que se están ocultando en las estadísticas***.

Según este informe austriaco transmitido por servus.tv, el profesor Kuhbandner se encontró con un estudio preliminar reciente en la revista ResearchGate, donde los autores examinaron el informe de vigilancia de mortalidad por vacunas ONS del Reino Unido.

Aunque a primera vista la mortalidad por todas las causas parecía mucho más baja en los “vacunados” que en los no “vacunados”, en una inspección más cercana encontraron inconsistencias y anomalías fundamentales en los datos y que había habido una “***categorización errónea sistémica de muertes entre las diferentes categorías de no ‘vacunados’ y ‘vacunados’***”, entre otros factores.

Para el período de las semanas 1-38 de 2021, las Figuras 8 y 9 muestran fuertes picos en la mortalidad no relacionada con Covid para los grupos de edad de 60-69 y 70-79 años no “vacunados”, mientras que la mortalidad entre los “vacunados” se mantuvo estable. A primera vista, esto sugeriría que las vacunas estaban funcionando bien en Inglaterra y Gales.

El Prof. Kuhbandner notó que algo muy inusual estaba sucediendo y examinó la tendencia también para el grupo de edad de más de 80 años. Las siguientes son las parcelas para los tres grupos de edad. ***Los picos y las muertes fueron compensados***.

Los autores del artículo también comentaron:

“En años anteriores, cada uno de los grupos de 60-69, 70-79 y 80+ tiene picos de mortalidad al mismo tiempo durante el año (incluido 2020 cuando todos sufrieron el pico de Covid de abril al mismo tiempo). Sin embargo, en 2021, cada grupo de edad tiene picos de mortalidad no relacionados con Covid para los no

vacunados en un momento diferente, es decir, el momento en que los programas de 'vacunación' para esas cohortes alcanzan su pico".

Es decir, las "vacunas" se implementaron por etapas, primero se administraron a los más ancianos (más de 80 años) y luego al siguiente grupo (70-79) y luego al grupo de 60-69 algunas semanas después. ***Los picos de muerte siguieron luego a las etapas de "vacunación"***.

Entonces, ¿por qué según la historia oficial las personas que NO reciben la "vacuna" son las que mueren en grandes cantidades y no las que reciben la "vacuna"?

Esto se debe ***a que en Europa, el estado de "vacunado" se asigna por primera vez 14 días después de recibir la "vacuna" final***. ¡Por lo tanto, ***cualquier muerte que ocurra antes de esto termina contándose como una "muerte no vacunada"***! Entonces, ***si un paciente que recibió una "vacuna" muere menos de 14 días después, se cuenta como una muerte sin "vacunar"***. ***Así es como se ocultan las muertes por "vacunas"***. Y hay muchos miles.

Como muestran las Figuras 5 a 7 anteriores, se produjeron miles de muertes poco después de que se administraron las vacunas, y muchas de ellas probablemente estaban relacionadas con la vacuna misma. Si este es el caso a nivel mundial, y no solo en Gran Bretaña, entonces la cantidad de muertes por vacunas puede ser profunda. La pesadilla parece ser cierta, muestra el profesor Kuhbandner.

El Prof. Kuhbandner luego examinó los ***datos de mortalidad de Alemania y encontró el mismo patrón***: ***grandes saltos en la mortalidad inmediatamente después de las campañas de "vacunación"***. ***Estas muertes parecen ser el resultado directo de las "vacunas"***. Es demasiada coincidencia como para descartarlo. "Cuando expresas esto en números, se traduce en un promedio de 700 muertes más por día".

Kuhbandner también encontró el mismo patrón de muerte posterior a la "vacunación" en Israel.

Por otro lado, el neurocientífico computacional israelí Holzer publicó un análisis y demostración del sistema y los datos de informes de seguridad de la "vacuna" Covid-19 del Ministerio de Salud de Israel, concluyendo que "sus datos no valen nada" y "su recopilación de datos de eventos adversos es una fachada, lo que evidentemente resulta en enormes infraregistro".

Holzer continúa: "Algunos lectores pueden preguntarse: '¿Por qué me importaría lo que afirman las autoridades israelíes? ¿Por qué me molestaría en leer material hebreo? El caso es que la FDA de Estados Unidos (habría que decir también, que la EMA a su vez, se basa en los datos de la FDA y, por tanto, para los europeos, también son importantes los datos de Israel) se basa en datos israelíes, por lo

que cualquier manipulación de los datos israelíes afecta a la seguridad de sus hijos".

Con respecto al sistema de notificación de eventos adversos a las vacunas de Israel, Holzer dice: "A diferencia del VAERS de EE. UU. Y Eudravigilance de la UE, que son públicos y transparentes, Israel no tenía nada de eso. Crearon un enlace para llenar formularios, que, supuestamente, se enviarán a las autoridades para su seguimiento".

El número de referencia se crea al cargar la página, no después del envío, por lo tanto, no vale nada; sin necesidad de datos identificativos. Lo que significa que no se puede verificar. ¿Todos los informes ingresan al sistema? Si informo 100 muertes, ¿aparecerá mañana?

Holzer aconseja caritativamente que "supongamos que el archivo va a alguna parte y alguien lo ve. ¿Qué puede hacer él / ella? No hay datos personales, por lo que no hay forma de validar el informe. Y cuando los proporcioné, hace un mes, nadie volvió a llamar.

"Así que definitivamente no verifican el informe y ni siquiera fingen hacerlo (ya que no requieren detalles de identificación). ¿Qué pueden hacer? Sólo decide de alguna manera mágica qué es verdadero y qué es falso, qué está relacionado y qué no".

Holzer agrega "una palabra muy importante sobre 'relacionado': no se deje engañar por los médicos que 'saben' que algo no está relacionado. No tienen forma de rastrear el círculo de eventos. Simplemente significa que no se enteraron del aumento en la prevalencia de tales eventos después de la 'vacuna'; corolario: Es probable que sea una coincidencia".

"Pero mientras descarte los eventos porque no sabe que están relacionados, no verá ningún aumento en las estadísticas. Este es un razonamiento circular que nos impedirá comprender lo que está sucediendo (a menos que por alguna razón externa aparezca una señal)".

"Por ejemplo, antes de que se procesara el signo de miocarditis (finales de abril), probablemente todos esos casos fueron descartados como 'no relacionados'. Quizás incluso algunos de esos eventos graves 'no relacionados' en el ensayo clínico de Pfizer fueron en realidad miocarditis".

Holzer continúa su presentación pasando de lo que él llama "métodos" a "resultados": "¿Recuerda que dije que claramente se considera que sus números están subestimados?

"1) *Efectos secundarios comunes*. El 30 de abril, el Ministerio de Salud de Israel publicó un documento sobre seguridad, basado en más de 5 millones de golpes. El número máximo de efectos secundarios comunes (no graves) es 287 / millón o ~ 0.03%. Compare esto con los datos de Pfizer, 15% -30%. Información deficiente clara por un factor de ~ 100. Simplemente a nadie le importaba

informar y / o a nadie le importaba recopilar los datos. No es tan importante, ya que esos efectos no ponen en peligro la vida y su prevalencia es bastante conocida por el ensayo. Pero presentar eso como datos recopilados es ridículo”.

“2) *Eventos adversos graves*. En un informe similar, el Ministerio de Salud de Israel afirma comparar el número de todos los eventos de tipo X dentro de un mes después de la ‘vacunación’ con un mes normal. Recuerde: solo comparando el número de todos los eventos podemos saber si la incidencia ha cambiado, no solo aquellos que alguien piensa que están relacionados. Afirman que en el mes posterior a la vacunación solo hubo 0.2 / M ataques cardíacos, mientras que en un mes habitual hay 160? ¿Se vaciaron los hospitales y todos los médicos se fueron a las Maldivas? Por supuesto no. La comparación es injusta. Enumeran solo una fracción muy pequeña de eventos, probablemente solo aquellos que un médico decidió que están "relacionados", y descartó el resto.

“Así que, básicamente, comparan los eventos relacionados confirmados por un médico con un mes habitual y afirman: ¡Vaya, hay menos eventos relacionados confirmados por el médico en comparación con el número habitual! Pero afirman enumerar todos los eventos, independientemente de si están relacionados. Simplemente ridículo”.

“3) *Evidencia directa de informes ignorados*. El 30 de septiembre de 2021, el Ministerio de Salud de Israel publicó una publicación en Facebook, afirmando solo 19 (sí, diecinueve) 'eventos adversos significativos'. La publicación recibió miles de respuestas, de las cuales cientos / miles informaron sobre su propia experiencia.

“Menciona que hasta el 30 de septiembre de 2021, se administraron 3.4 millones de 'dosis de refuerzo' en Israel, y 2.2 millones se administraron un mes antes. Pero solo conocen 19 casos ... ".

Holzer continúa: “Identificar señales de eventos adversos es una tarea muy desafiante; la identificación de la miocarditis tardó varios meses. No puede confiar en los datos de dos meses. Además de eso, la recopilación de datos de Israel es desordenada, no transparente y, evidentemente, falta".

Holzer concluye: “No se debe confiar en los datos israelíes. Luego, compilan esos números en formato de documento científico y lo presentan como "ciencia". Pero ningún análisis sofisticado compensa los datos basura. Si los números no representan nada, su análisis estadístico no significa nada y el análisis de riesgo-beneficio no vale nada”.

Un grupo israelí independiente de médicos, abogados, científicos e investigadores llamado Professional Ethics Front informó a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) con respecto a la discusión de la FDA sobre la administración de “vacunas” Covid-19 a niños de 5 a 11 años, expresando "severa preocupaciones” con respecto a la confiabilidad y legalidad de los datos oficiales israelíes sobre la “vacuna” Covid.

“Este documento describe brevemente los principales fallos que conducen a esta desafortunada, aunque inevitable, conclusión”, dice el aviso. “Destacamos que podemos ampliar y aclarar más, así como aportar referencias, en relación a cada una de los fallos que se describen a continuación:

- *Falta de un sistema público y transparente de notificación de eventos adversos*. El primer requisito previo para otorgar un permiso para el uso de cualquier nuevo preparado medicinal es la instalación de sistemas de recolección de eventos adversos (EA) que permitan una gestión adecuada de los riesgos y la generación de señales de alarma. Más aún cuando se trata de una campaña de vacunación masiva de un primer uso en humanos de un preparado experimental para los ciudadanos de todo un país, que sirve como modelo global. A pesar de los sistemas tecnológicos avanzados disponibles para las HMO israelíes, y contrariamente a los estándares comunes en los países occidentales, no existe un sistema de notificación de EA adecuado y transparente en Israel, como el sistema VAERS de Estados Unidos, que sea accesible al público y, por lo tanto, no sea apropiado. seguimiento de los EA que se producen después de la administración de la ‘vacuna’ Covid-19.

  Los profesionales de la salud o los ciudadanos de Israel que deseen presentar informes de EA después de la “vacunación” no pueden hacerlo. Como tal, no existe la posibilidad de que ninguna de estas poblaciones busque también a través de los datos, lo que hace imposible el examen de los EA informados por otros ciudadanos, médicos e investigadores independientes. En cambio, solo hay un formulario de informe de EA en línea disponible en el sitio web del Ministerio de Salud. Este formulario, sin embargo, no fue útil durante muchos meses, ya que no permitía la inclusión de información de contacto personal. El campo de texto libre destinado a describir los EA comprendía un número limitado de caracteres y la lista de síntomas disponible para elegir también era limitada e incluía solo términos EA leves.

  Una petición a la Corte Suprema de Justicia de Israel ha llevado al Ministerio de Salud (MOH) a implementar las mejoras necesarias mencionadas anteriormente en el formulario. Lamentablemente, la modificación del formulario se hizo muy tarde, después de que la mayoría de la población adulta ya había sido “vacunada”. Además, dado que el informe no se publica de manera transparente, el Ministerio de Salud es el único destinatario y, por lo tanto, el único propietario de los datos y la autoridad para tomar decisiones sobre la utilización y distribución de los mismos.

  Además, no se está llevando a cabo ningún seguimiento ni monitoreo ni siquiera de las poblaciones más sensibles, como las mujeres embarazadas y los ancianos. Por ejemplo, como parte del 'Programa Nacional de Protección de la Población Mayor del Programa Covid-19 en Israel, se activó un sistema de informes en abril de 2020, que presentaba informes detallados casi a diario sobre las erupciones del Covid-19, las hospitalizaciones y la

mortalidad en enfermería. hogares. Sin embargo, el 29 de diciembre de 2020, el mismo día en que comenzó la campaña de “vacunación” en los hogares de ancianos, la publicación de estos informes se interrumpió abruptamente y nunca se ha reanudado desde entonces.

- *Deficiencias graves en el sistema de notificación de eventos adversos de los profesionales de la salud*. Revelamos que los médicos y los equipos médicos en Israel encuentran grandes obstáculos cuando intentan informar EA luego de la vacunación Pfizer-BioNTech Covid-19 al Ministerio de Salud. Tenemos testimonios de médicos, que dan fe de la complejidad de completar los informes de EA al Ministerio de Salud, afirmando que informar es casi impráctico en las condiciones de trabajo increíblemente estresantes de los equipos médicos en Israel durante este período. Como resultado de estas tremendas dificultades, los profesionales de la salud en Israel no notifican de manera inmensa los EA, y los EA rara vez se notifican en casos excepcionales. Los testimonios de los médicos que hemos obtenido también muestran que los EA notificados no se publicitan abiertamente ni se ponen a disposición de los propios profesionales de la salud.

  Aún más preocupante es el hecho de que los pocos informes, que el Ministerio de Salud israelí publica sobre los EA observados después de recibir la vacuna Pfizer-BIONtech Covid-19, no concuerdan con los testimonios de los médicos sobre los eventos adversos graves (AAG) que ellos ellos mismos han informado al Ministerio de Salud. Así, por ejemplo, en una discusión ante el Comité Asesor de la FDA el 17 de septiembre de 2021, el jefe de los Servicios de Salud de Israel, el Dr. Alroy-Preis, afirmó que solo se observó un caso de miocarditis después de la tercera dosis de vacuna. de tres millones de personas que recibieron la tercera dosis de vacuna en Israel. Esta afirmación no concuerda con los hallazgos de investigaciones de todo el mundo, incluidos los hallazgos de Israel, que se publicaron en la literatura médica, según el cual la tasa de miocarditis observada después de recibir la “vacuna” Pfizer-BioNtech Covid-19 es de 1: 3000-6000. La afirmación del Dr. Alroy-Preis también contrasta con los informes dados por un puñado de valientes médicos israelíes sobre casos de miocarditis y otros AAG observados en las proximidades de la “vacuna” Pfizer-BioNtech Covid-19.

  Uno de estos médicos, el Dr. Yoav Yehezkelli, quien fue uno de los fundadores del Equipo de Manejo de Brotes de Israel, escribió en su página de Facebook que trató personalmente en su clínica a un niño de 17 años, que sufría de miocarditis varios días después la tercera dosis de la vacuna, y sabe de dos casos adicionales entre los compañeros de clase del niño. El Dr. Yoav Yehezkelli agregó que denunció el caso de miocarditis que trató (y casos adicionales de EAG) al Ministerio de Salud a través del sistema de informes en línea, así como a través de informes personales a los funcionarios del Ministerio de Salud, pero sus informes fueron rápidamente desestimados por no tener ningún vínculo con la vacuna, sin un examen completo de los casos. El Dr. Yehezkelli también mencionó que se encontró con otros pacientes en su clínica, que fueron hospitalizados después de

sufrir EA muy cerca de recibir las “vacunas” Covid-19 de Pfizer-BioNTech. y el hospital supuestamente no reportó dichos EA al MINSA. Tenemos declaraciones juradas de otros nueve médicos, que también han tratado casos de miocarditis o conocen tales casos, pero han abandonado sus intentos de informar al Ministerio de Salud habiendo abordado una inmensa dificultad o, alternativamente, informado al Ministerio de Salud y no obtuvo ninguna respuesta. Es estadísticamente improbable que una pequeña cohorte de médicos presencie estas muchas lesiones causadas por la “vacuna” Covid-19 si la afirmación del Dr. Alroy-Preis fuera precisa.

- *Distorsión de datos*. Recientemente, se han revelado dos incidentes graves en los que se distorsionaron los datos presentados por el Ministerio de Salud.

  El primero fue la eliminación de miles de respuestas de ciudadanos a una publicación del Ministerio de Salud. En respuesta a una publicación del Ministerio de Salud que decía 'Hablemos de los eventos adversos', y afirmaba que la “vacuna” es completamente segura y que los eventos adversos graves son extremadamente raros, se publicaron decenas de miles de respuestas del público, con muchos eventos adversos informados, incluidos los eventos adversos graves, que sufrieron después de la “vacuna”. Pero en lugar de examinar las respuestas y abordarlas, aproximadamente la mitad de ellas se eliminaron.

  El segundo evento ocurrió hace unas dos semanas. Según los datos del panel de control del Ministerio de Salud, un análisis realizado por miembros del Consejo de Emergencia Pública de Israel para la Crisis de la Corona (PECC) demostró que la efectividad de la tercera dosis de la “vacuna” Pfizer-BioNtech Covid-19 es mucho menor que la afirmada en la revista New England Journal of Medicine, estudio presentado por la Dra. Sharon Alroy-Preis al panel de la FDA el 17 de septiembre de 2021. Dentro de las 24 horas posteriores a la publicación del análisis PECC, se reescribió por completo el historial de datos relevantes del tablero. El PECC publicó capturas de pantalla de los datos originales y "rectificados".

- *Violaciones legales y éticas en los procesos de recopilación de datos*. No solo los datos provenientes de Israel con respecto a la seguridad y eficacia de la “vacuna” PfizerBioNtech Covid-19 aparentemente no son confiables, sino que también el método de recopilación es controvertido y se afirma que no es legal ni ético. Las “vacunas” Pfizer-BioNtech Covid-19 se administran a la población israelí sin su consentimiento informado, que es requerido por el capítulo de GCP de IHC-6 y se lleva a cabo en otros países. Esta es una clara violación de las Reglas del Código de Nuremberg, la Declaración de Derechos del Paciente y las directivas del Ministerio de Salud de Israel para los ensayos clínicos en humanos. Además, los ciudadanos israelíes están bajo una tremenda presión para “vacunarse”, casi hasta el punto de la coacción.

Si el 'El equipo de gestión de brotes 'decide una tercera dosis de la vacuna para los pacientes inmunodeprimidos, no está claro cuántos podemos vacunar y requiere la aprobación del comité de Helsinki (comité de aprobación de ensayos médicos) y la aprobación de Pfizer. Estamos comprometidos con Pfizer, de "vacunar" solo con el régimen de vacunación establecido por ellos". Esta es una declaración hecha por el Prof. Hezi Levi, ex director ejecutivo del Ministerio de Salud de Israel el 5 de julio de 2021. La conclusión evidente es que la operación de la tercera dosis de "vacuna" es un experimento que requiere la aprobación del Comité de Helsinki a cargo de aprobar experimentos médicos humanos en Israel. Nunca se ha emitido tal aprobación. Además, la operación de la tercera dosis de vacuna se refiere solo a la población inmunodeprimida y, por lo tanto, es aún más poco ética en individuos sanos, especialmente en individuos jóvenes sanos.

Estamos profundamente preocupados por el hecho de que el Comité de Seguridad de las Vacunas (VSC) no haya cumplido con su función designada. El VSC es responsable en Israel de la seguridad de las vacunas y el brazo oficial designado para monitorear y recopilar datos de seguridad. No ha emitido un solo documento de posición en su nombre ni ha levantado una sola bandera roja para dar a conocer / llamar la atención sobre los casos de SAE y nunca se ha reunido en pleno montaje. Además, uno de los representantes públicos, que es un pediatra (alergólogo, inmunólogo), nunca supo que estaba designado y no asistió a ninguna de las reuniones, incluso cuando se llevaron a cabo".

El Frente de Ética Profesional de Israel concluye su notificación a la FDA: "De acuerdo con la percepción aceptada establecida después de la Segunda Guerra Mundial, no se debe confiar en los hallazgos de experimentos obtenidos de manera ilegal e inmoral. Creemos que las mismas reglas deberían aplicarse a los hallazgos del experimento actual en Israel, ya que estos hallazgos se obtuvieron a través de importantes infracciones legales y éticas. Nuestra conclusión se ve reforzada por las dudas significativas sobre la confiabilidad de los datos reportados por Israel, como se detalla anteriormente, y la consiguiente gran preocupación de que su uso pueda ser engañoso y, por lo tanto, interrumpir los procesos de toma de decisiones relacionados con las "vacunas".

"En el Libro de Levítico, se dice 'No te quedes de brazos cruzados mientras se derrama la sangre de tu prójimo'. En el espíritu de esas palabras, imploramos al comité que tome en consideración nuestras advertencias urgentes y adopte la máxima precaución al referirse a los datos israelíes sobre la seguridad y eficacia de las 'vacunas' Covid-19 de Pfizer-BioNtech".

La Dra. Orly Weinstein, subdirectora y jefe de la División de Hospitales de la HMO israelí (Kupat Holim) Clalit, dijo a Channel 12 News que debido a que Israel se 'vacunó' primero, "tiene un precio, usted se beneficia de las ventajas y sufre de las desventajas".

Cuando el entrevistador le pidió más detalles, Weinstein dijo que se trataba de "el seguimiento a largo plazo", y admitió que "si los efectos adversos a largo plazo

generalmente se examinan en el ensayo clínico, aquí se probarán los efectos a largo plazo, ya sabes, en personas que han sido "vacunadas". Esta es una desventaja que todos tomamos en cuenta. Si. No hay nada nuevo aquí".

El Consejo de Emergencia Pública de Israel para la Crisis de Corona respondió a la entrevista, diciendo: "Nos sorprendió escuchar a este funcionario de salud israelí decir 'todos tomamos en cuenta que esto era un experimento'. Bueno, el público israelí no lo hizo".

El Consejo de Emergencia Pública de Israel para la Crisis de Corona respondió a la entrevista, diciendo: "Nos sorprendió escuchar a este funcionario de salud israelí decir 'todos tomamos en cuenta que esto era un experimento'. Bueno, el público israelí no lo hizo".

El Consejo continuó diciendo: "Los israelíes nunca firmaron consentimientos informados y fueron arrojados a una rueda de falsa propaganda y coerción: mintieron al público desde el primer día con 'seguro y efectivo' (mientras estaban y todavía están probando si es…), 'aprobado por la FDA' (cuando solo había un EUA) y mucho más.

"Ahora, de repente, encuentran el descaro de decir que todos sabíamos ..."

"Ningún análisis sofisticado compensa los datos basura. Si los números no representan nada, su análisis estadístico no significa nada y el análisis de riesgo-beneficio no vale nada".

Para que veamos de lo que realmente son capaces para mantener una narrativa, aquí tenemos otro ejemplo, en este caso de Israel, pero que es factible que se produzca en muchas otras partes del mundo:

Un documento interno del Ministerio de Salud de Israel, que parece haber sido revelado por primera vez en la cuenta de Twitter del periodista israelí independiente Michael Rozolio, hace referencia a un documento anterior titulado "Resumen y recomendación del 31 de mayo de 2021". Ese documento de mayo nunca antes había sido revelado.

El nuevo documento advierte al personal médico, pero no al público en general, que tenga en cuenta que, según el documento de mayo, después de la administración de la "vacuna" de ARNm de Pfizer, existe "un mayor riesgo de desarrollar inflamación del músculo cardíaco [miocarditis]".

Este nuevo documento también revela 140 casos de hospitalizaciones por miocarditis dentro de los 30 días posteriores a la segunda dosis de la "vacuna" de Pfizer y otros 22 casos dentro de los 21 días posteriores a la primera dosis, para un total de 162 casos de miocarditis posvacunales.

La gran mayoría de la primera y segunda dosis de la "vacuna" se administraron en Israel a fines de marzo de 2021, como se ve en este gráfico del Ministerio de Salud de Israel, en el que las primeras dosis se muestran en verde y las segundas

en amarillo. El número diario de dosis indicado en el eje y la fecha se muestra en el eje x (con el formato del día anterior al mes).

El Ministerio de Salud de Israel, por lo tanto, sabía de la mayoría de estas 162 hospitalizaciones por miocarditis posteriores a la vacunación en mayo de 2021. Rozolio agrega que incluso este número de 162 puede ser bajo. Explica que Israel llegó al número 162 para hospitalizaciones por miocarditis inducida por vacunas solo después de que un comité especial del Ministerio de Salud descartó casos adicionales de miocarditis que se habían informado después de las "vacunas" de ARNm.

Los documentos del Ministerio de Salud revelados por Rozolio también pusieron de relieve las muertes posteriores a la "vacunación" en Israel, que nunca antes se habían reconocido. Rozolio considera significativo que los documentos enumeren una muerte en Israel causada por la "vacuna" de ARNm de Pfizer, una primera admisión de los funcionarios israelíes, incluso si no estaba destinado a que el público en general se enterara.

Sin embargo, el mismo documento enumera otras 60 muertes posteriores a la "vacunación" que el Ministerio de Salud descarta como no debidas a la "vacunación", ya que no fueron "capaces de establecer la causalidad". Rozolio ofrece sarcásticamente vender dos mansiones, " una en la luna y otra en el hielo ", a quien acepte esta garantía.

Veamos ahora con otro tipo de pruebas, digamos, de "primera línea":

National Public Radio (NPR) está asombrada por ***un gran aumento en las admisiones a la sala de emergencias en los Estados Unidos***. Aunque es dolorosamente obvio que los estadounidenses "completamente vacunados" se están enfermando en masa, NPR lo está atribuyendo todo al misterio.

En Lansing, Michigan, por ejemplo, Sparrow Hospital está viendo un enjambre masivo de pacientes muy enfermos que tienen que hacer fila en camillas en los pasillos de las instalaciones debido a la escasez de camas disponibles.

"Es difícil de ver", dijo Tiffani Dusang, directora de enfermería de la sala de emergencias. "Siempre me siento muy, muy mal cuando camino por el pasillo y veo que la gente tiene dolor, necesita dormir o necesita tranquilidad. Pero tienen que estar en el pasillo con, como pueden ver, 10 o 15 personas caminando cada minuto".

Al comienzo de la "pandemia", **mucho antes de que las llamadas "vacunas"** estuvieran disponibles a través de la "Operación Warp Speed", **el Hospital Sparrow era bastante normal**. Sin embargo, una vez que los pinchazos se generalizaron, los enfermos realmente comenzaron a llegar.

Resulta que la mayoría de los hospitales estadounidenses estaban tan vacíos como podían estar antes de la liberación de los sueros. Fue solo

después de que las inyecciones se distribuyeron ampliamente que los hospitales de todo el país comenzaron a inundarse con nuevos pacientes.

Los médicos y enfermeras dicen que la gravedad de las enfermedades de los pacientes está por todas partes. Algunos pacientes se quejan de dolor abdominal, mientras que otros tienen problemas para respirar.

También hay montones de coágulos de sangre, que se han convertido en una ocurrencia común en las personas a las que se les inyecta el suero.

También hay una oleada de pacientes que sufren eventos cardiovasculares, **suicidios fallidos, insuficiencia orgánica aguda y una serie de síntomas debilitantes**. Muchos de estos pacientes ya no pueden trabajar y tienen problemas para pasar el día.

A medida que los EE. UU. Se acercan a la temporada de invierno, las admisiones hospitalarias han aumentado casi un 20%, según el informe, a pesar de haber disminuido durante el verano, cuando la gente estaba al sol y al calor. Esto sugiere que una vez que el invierno entre en pleno apogeo, será oscuro en lo que respecta a la salud pública.

"**Es un indicador temprano de que lo que está sucediendo en el servicio de urgencias es que estamos viendo** más casos agudos **que antes de la pandemia**", dijo Caleb Cox, científico de datos de Epic Health Research Network.

"Aunque estamos viendo que los volúmenes generales vuelven a la normalidad durante el verano aquí, vemos que las condiciones más agudas siguen siendo más altas que las normales prepandémicas, mientras que las condiciones de menor agudeza aún permanecen por debajo de lo normal prepandémico".

Dado que las lesiones provocadas por las "vacunas" Covid se producen a una escala sin precedentes (y que médicos y científicos creíbles emiten advertencias urgentes sobre los daños a corto y largo plazo), puede resultar cada vez más difícil para la industria de las "vacunas" esconder sus problemas bajo la alfombra estadística. ***El exceso de muertes por "vacunas" Covid-19 registra un aumento del*** 30% ***en comparación con el promedio prepandémico***.

Los "misterios" de Pfizer

La revista médica líder, The British Medical Journal (BMJ) publicó ***un informe que expone datos falsos, fallos de ensayos ciegos, "vacunadores" mal entrenados y un mal seguimiento de las reacciones adversas en el ensayo de fase tres de la "vacuna" Covid de Pfizer/BionTech***.

En el centro de la exposición se encuentra Brook Jackson, quien, durante dos semanas, se desempeñó como directora regional en Ventavia Research Group, la compañía contratada para ayudar con la prueba fundamental. Ella proporcionó a The BMJ docenas de documentos internos de la compañía, fotos, grabaciones de audio y correos electrónicos que respaldan sus inquietudes.

Jackson revela que el personal de Ventavia que realizó controles de calidad **estaba abrumado por el volumen de problemas que estaban identificando**. Informó repetidamente a sus superiores sobre la mala gestión del laboratorio y los problemas de seguridad del paciente e integridad de los datos.

En un documento interno citado de agosto de 2020, poco después de que comenzara el ensayo de Pfizer, un ejecutivo de Ventavia identificó a tres miembros del personal del sitio con quienes "revisar el problema del diario electrónico/falsificación de datos, etc" Se dijo que un empleado fue posteriormente "aconsejado verbalmente para cambiar los datos" y "no notar la entrada tardía".

Jackson informó sobre sus preocupaciones a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA), pero fue despedida más tarde el mismo día sobre la base de que "no encajaba bien".

En una grabación de una reunión de finales de septiembre proporcionada por Jackson, en la que se reunió con dos directores de Ventavia, se discutió abiertamente la inoportuna perspectiva de una inspección de la FDA. "Vamos a recibir algún tipo de carta de información al menos, cuando llegue la FDA, lo sé", le dijo uno a Jackson.

Otro ex empleado de Ventavia ha confirmado que la compañía esperaba una auditoría federal de su prueba de vacuna Pfizer, aunque esto no se materializó nunca. Un informe del año 2007, hecho por el Departamento de Salud de Estados Unidos encontró que, **entre el año 2000 y 2005, la FDA inspeccionó sólo 1% de los sitios de ensayos clínicos**, **mientras que, en** 2020, **sólo 50 visitas in situ se llevaron a cabo**.

Un correo electrónico enviado en septiembre a Ventavia por Icon, la organización de investigación con la que Pfizer se asoció en la prueba, muestra que Icon no estaba satisfecho con la incapacidad de Ventavia para mantenerse al día con las consultas de entrada de datos. Icon recordó a Ventavia que: “La expectativa de este estudio es que todas las consultas se atiendan en 24 horas”, y señaló **que más de 100 consultas habían permanecido pendientes durante más de tres días**.

Entre esas consultas había dos casos en los que los sujetos de prueba habían "informado con síntomas/reacciones graves". De acuerdo con el protocolo, se debería haber contactado a los sujetos que experimentan reacciones locales de grado tres (enrojecimiento, hinchazón o dolor "severo" en el lugar de la inyección). Icon solicitó confirmación sobre si efectivamente se había hecho contacto, para "conocer más detalles y determinar si una visita al sitio está clínicamente indicada", y que los formularios de los sujetos se actualicen en consecuencia.

El día después de su reunión con sus directores, Jackson presentó una queja a la FDA. Enumeró una docena de problemas que había presenciado personalmente, incluidos: "**Los participantes fueron colocados en un pasillo después de la**

inyección y no fueron monitoreados por el personal clínico", "la falta de seguimiento oportuno de los pacientes que experimentaron eventos adversos", "las desviaciones del protocolo", "las 'vacunas' no se almacenan a la temperatura adecuada", "muestras de laboratorio mal etiquetadas" y la selección por parte de Ventavia del personal que informó estos problemas.

La denuncia de Jackson ha sido reforzada por varios ex empleados de Ventavia que desde entonces se han ido o han sido despedidos de la empresa. Desde entonces, un ejecutivo presente en la reunión de septiembre se disculpó con ella, asegurándole que todo de lo que se había quejado era "acertado".

Dos de esos empleados hablaron de forma anónima con The BMJ, confirmando aspectos generales de la denuncia de Jackson. Una, que ha trabajado en más de cuatro docenas de ensayos clínicos durante su carrera, dijo que nunca había experimentado un entorno de trabajo tan "desordenado" como el que encontró durante el ensayo de Pfizer con Ventavia. También confirmó que los problemas señalados por Jackson habían persistido en la empresa después de su despido. Por ejemplo, en varios casos, no hubo suficientes empleados para limpiar con hisopo en busca de infección a todos los participantes del ensayo que informaron síntomas similares a los de Covid.

"Nunca tuve que hacer lo que me pedían que hiciera, nunca. Parecía algo un poco diferente de lo normal: las cosas que se permitían y se esperaban", dijo el empleado a The BMJ. "No creo que fueran buenos datos limpios [los que generó la prueba]. Es un lío loco".

El segundo ex empleado se hizo eco de los comentarios del primero y describió el entorno en Ventavia como diferente a cualquiera que hubieran experimentado en sus 20 años de carrera como investigador. También alegaron que, poco después del despido de Jackson, se notificó a Pfizer sobre problemas con el ensayo de la vacuna en Ventavia y que se llevó a cabo una auditoría.

Sin embargo, en el documento informativo que Pfizer presentó al comité asesor de la FDA en diciembre de 2020 en apoyo de su solicitud de autorización de "vacuna" para uso de emergencia, no se mencionó ningún problema en Ventavia. Al día siguiente se otorgó la debida autorización.

En agosto de este año, después de que se otorgó la aprobación total para la "vacuna" de Pfizer, la FDA publicó un resumen de sus inspecciones de los sitios de prueba de vacunas de la compañía. Nueve de los 153 habían sido inspeccionados, pero ninguno de ellos había sido operado por Ventavia, y no se había realizado ninguna inspección en los ocho meses posteriores a la autorización de emergencia de diciembre de 2020, sobre la base de que "el estudio estaba en curso y los datos necesarios para la verificación y la comparación aún no estaban disponibles".

Desde entonces, Pfizer ha contratado a Ventavia como subcontratista de investigación para trabajar en otros cuatro ensayos clínicos: el uso de la vacuna

Covid-19 en niños y adultos jóvenes; un ensayo de la “vacuna” Covid-19 en el que participaron mujeres embarazadas; una prueba de dosis de refuerzo contra el Covid-19; y una prueba de un pinchazo para el virus respiratorio sincitial.

Los medios españoles, tanto los convencionales como los “alternativos”, han guardado un escrupuloso mutismo sobre la falsificación de los ensayos clínicos de la “vacuna” por parte de Pfizer.

En otros países la ocultación no ha sido posible, pero los medios le han dado la vuelta para cargar las tintas conta la denunciante, Brook Jackson, poniendo en duda su veracidad o su idoneidad. Es el viejo truco de “matar al mensajero” porque las multinacionales son intocables, sobre todo las que han convertido la salud en un mercado.

Algo tan grave como la falsificación de un ensayo clínico hubiera sido más que suficiente para frenar en seco la “vacunación” e iniciar una investigación, pero no ha ocurrido nada de eso. No obstante, el fraude ha colmado el vaso de la paciencia de algunos incondicionales de las vacunas, como 16 médicos e investigadores suecos, que han firmado un llamamiento en el que califican como “extremadamente grave” la denuncia del British Medical Journal.

“Esto hace añicos la confianza en Pfizer, responsable de las pruebas de la vacuna, y la seguridad de la “vacuna” que actualmente utilizan los suecos, entre ellos cientos de miles de niños”, escriben los médicos.

La magnitud de los presuntos efectos secundarios notificados de la “vacuna” contra el coronavirus es también “gigantesca”, aseguran. En Suecia, durante los primeros diez meses de “vacunación”, se habían notificado 83 744 efectos secundarios, **un cifra que multiplica por 10 los que se han notificado en los años anteriores para todos los medicamentos y vacunas, un total de unas 25 000 sustancias**.

“La fuerte sospecha de que algunas partes del ensayo de la ‘vacuna’ de Pfizer no se llevaron a cabo de forma científicamente aceptable y de que los resultados del estudio no pueden considerarse fiables, se combina con la gran magnitud de los presuntos acontecimientos adversos notificados”, afirman en su escrito.

Los documentos que Pfizer publicados bajo la Ley de Libertad de Información de Nueva Zelanda, demuestran que ***la farmacéutica sabía poco antes del lanzamiento de sus “vacunas” que había "un gran aumento" en los eventos adversos reportados y que los efectos tal vez nunca se reportarían***.

Hasta ese momento, Nueva Zelanda solo conocía 21 posibles efectos secundarios, todos ellos considerados como "menores". Pero ***el reporte de Pfizer demuestra más de 100, y eso significa que tal vez miles de problemas después de la “vacuna” que se atribuyeron a eventos médicos no relacionados e incluso como psicosomáticos, podrían haberse debido a la “vacuna”***.

"Muchos de los más de 100 nuevos tipos de eventos adversos que enumeró Pfizer en este documento de 38 páginas representan riesgos a largo plazo", dijo Guy Hatchard, del Daily Telegraph. "Hasta hace muy poco tiempo, Pfizer retenía el documento y sostenía que debía mantenerse confidencial. Pero, existe una gran posibilidad de que una gran cantidad de neozelandeses sufra lesiones a largo plazo como resultado".

Pfizer está claramente preocupado por los riesgos de miocarditis (inflamación del corazón) en los niños. Los propios documentos de consentimiento informado de Pfizer revelan que el riesgo de miocarditis puede ser de hasta 1 en 1000 (consulte la página 4).

Pfizer también es consciente de la posibilidad del pecado antigénico original y el cebado patógeno (respuestas inmunitarias no deseadas que lo dejan a uno peor en respuesta a un virus que si no hubiera hecho nada). Pfizer advierte a los padres de los participantes del ensayo clínico que "***todavía no se puede descartar que la vacuna del estudio pueda hacer que una enfermedad posterior de Covid-19 sea más grave***". La FDA y los CDC hacen todo lo posible para ocultar esa información mientras proclaman "seguro y efectivo" una y otra vez como un mantra.

El "pecado antigénico original" es cuando "la respuesta del sistema inmunitario se adapta a la primera versión del virus, y sus respuestas a las variantes posteriores son mucho menos potentes". Lyons-Weiler (2020) acuñó la frase "cebado de patógenos" porque creía que el "refuerzo inmunológico" más comúnmente utilizado no capta la gravedad de la afección y sus consecuencias. Simplificado se dice cebado patógeno cuando el sistema inmunológico reacciona al coronavirus y cuando descompone al virus en pequeños componentes, detecta las diferentes proteínas del coronavirus y luego desarrolla una reacción inmune a esos componentes, pero alguno de estos componentes del coronavirus son muy similares a nuestra propia proteína humana y entonces el sistema inmunológico comienza a reaccionar en contra nuestra propia proteína humana, a esto se le llama cebado patógeno (pathogenic priming) o magnificación o mejora dependiente de anticuerpos ADE, le dicen mejora pero lo que mejora es la potencia del virus para enfermarnos, el sistema inmunológico ataca nuestro propio tejido, y se vuelve demasiado reactivo.

Pfizer parece muy preocupado ***por el potencial de teratogénesis (daño al feto en desarrollo) e incluso posiblemente mutagénesis (daño al ADN)***. Entonces, aunque se trata de un ensayo en niños, Pfizer reveló ***a los padres de estos niños que "se desconocen los efectos de la 'vacuna' Covid-19 en el esperma, un embarazo, un feto o un niño lactante"***.

Por otro lado, hay demasiados eventos adversos de Pfizer informados como "no relacionados" con la inyección:

El caché de documentos de 80 000 páginas publicado el 2 de mayo por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) incluye un amplio conjunto de formularios de informe de casos (Case Report Forms CRFs, que

vienen a ser documentos utilizados en la investigación clínica para registrar datos estandarizados de cada paciente, incluidos los eventos adversos) de los ensayos de Pfizer realizados en varios lugares de los EE. UU.

Los documentos también incluyen el "tercer informe provisional" de los ensayos de BioNTech realizados en Alemania (acompañado de una sinopsis de este informe y una base de datos de eventos adversos de este conjunto particular de ensayos).

Pfizer realizó una serie de ensayos de inyecciones en varios lugares de los EE. UU., incluidos el Centro de Salud Langone de la Universidad de Nueva York, Rochester Clinical Research y Rochester General Hospital (Rochester, Nueva York) y J. Lewis Research, Inc. Foothill Family Clinic (Salt Ciudad del Lago, Utah).

Los documentos de Pfizer publicados por la FDA incluían una serie de formularios de informe de casos, CRF para pacientes que sufrieron algún tipo de evento adverso durante su participación en los ensayos de la inyección Covid-19 .

Como revelan los documentos, a pesar de la aparición de una amplia gama de síntomas, incluidos eventos cardiovasculares graves, casi ninguno fue identificado como "relacionado" con la inyección.

Dichos eventos adversos graves supuestamente "no relacionados" incluyeron:

- Exacerbación aguda del asma
- Aneurisma aórtico (listado como una condición preexistente)
- Apendicitis (que requiere hospitalización)
- Desfibrilación auricular
- Paro cardíaco e insuficiencia respiratoria aguda, que requirió hospitalización, sostenidos por un paciente que luego se «perdió» (no se pudo ubicar para continuar participando en el ensayo)
- Dolor torácico (que requiere hospitalización, luego catalogado como isquemia cardíaca)
- Oclusión de la arteria coronaria (listada como grave y potencialmente mortal)
- Lesiones sufridas por una caída
- Dolor torácico no cardíaco intermitente (que requiere hospitalización)
- Cáncer de mama izquierdo (listado como una neoplasia maligna oculta preexistente)

- Neuritis (lesión del nervio periférico), catalogada como "no relacionada" con la inyección pero relacionada con la extracción de sangre durante la vacunación

- Embolia pulmonar y trombosis venosa profunda bilateral

- Insuficiencia respiratoria (que requiere hospitalización)

- Obstrucción de la unión ureteropélvica derecha (que requiere hospitalización, catalogada como congénita)

- Obstrucción del intestino delgado , catalogada como "no planificada", y un ataque de pánico

Varios formularios de informe de casos, CRF indicaron exposición durante el embarazo, o durante el embarazo de una pareja. Sin embargo, los documentos no parecen haber proporcionado ningún seguimiento con respecto a los resultados o posibles eventos adversos para los participantes, sus parejas o sus bebés recién nacidos una vez nacidos.

En algunos casos, mientras que los formularios de informe de casos, CRF afirmaron que los eventos adversos sufridos por los pacientes no estaban relacionados con la inyección, su causa no se especificó, simplemente se indicó como "otra", mientras que en otro caso, la obstrucción del intestino delgado y los ataques de pánico "no planificados" de un participante fueron enumerados como no relacionados con la vacunación a pesar de no tener un historial médico relevante relacionado con los SAE (eventos adversos graves) en cuestión.

El ensayo de BioNTech en Alemania probó varias dosis de dos fórmulas de inyecciones contra la Covid-19, etiquetadas como BNT162b1 y BNT162b2, esta última otorgada por la FDA como EUA.

El caché de documentos de Pfizer sugiere un patrón similar al de los ensayos de EE. UU., de no informar eventos adversos relacionados con la inyección.

Según el tercer informe provisional, con fecha del 20 de marzo de 2021, entre los participantes del ensayo a los que se les administró la inyección candidata BNT162b2 a la que se les otorgó la EUA en los EE. UU., se observó lo siguiente:

El 87% de los participantes más jóvenes informó reacciones locales solicitadas y el 88 % informó reacciones sistémicas solicitadas, y el 10 % informó reacciones sistémicas solicitadas de grado 3 o superior.

El 87% de los participantes más jóvenes experimentaron reacciones locales solicitadas "leves" y el 35% experimentaron reacciones locales solicitadas "moderadas".

El 88% de los participantes más jóvenes experimentaron reacciones sistémicas solicitadas "leves" y el 38% experimentaron reacciones sistémicas solicitadas "moderadas". Como se indica en el informe:

Las reacciones sistémicas solicitadas informadas con mayor frecuencia de cualquier gravedad fueron fatiga (n=40, 67%), seguida de dolor de cabeza (n=32, 53%), malestar general (n=24, 40%) y mialgia (n=23, 38%). Los restantes términos de síntomas fueron menos frecuentes.

El 43% de los participantes más jóvenes informaron un total de 51 eventos adversos emergentes del tratamiento, (TEAEs treatment-emergent adverse events) no solicitados que se refieren a condiciones que no estaban presentes antes del tratamiento o que empeoraron en intensidad después del tratamiento) dentro de los 28 días posteriores a la primera o segunda dosis, nueve de los cuales se consideraron estar "relacionado" con la "vacunación". Un participante en esta categoría sufrió un evento adverso emergente del tratamiento TEAE evaluado como Grado 3 o superior, pero "que el investigador evaluó como no relacionado".

Los eventos adversos emergentes del tratamiento, TEAE entre los participantes más jóvenes incluyeron hipoestesia, linfadenopatía, palpitaciones cardíacas, inflamación del oído externo, blefaritis, dolor de muelas, dolor torácico no cardíaco, infección por cestodos, herpes oral, amigdalitis, dolor de cuello, insomnio, anosmia y dismenorrea.

No se informaron eventos adversos graves emergentes del tratamiento no solicitados (treatment-emergent serious adverse events, TESAE) o muertes entre los participantes más jóvenes, pero uno interrumpió la participación debido a una nasofaringitis moderada.

Un participante más joven "interrumpió debido a un evento adverso, EA moderado (nasofaringitis)".

El 86% de los participantes mayores informaron reacciones locales solicitadas, con un 6% informando reacciones locales solicitadas de grado 3 o superior, un 78% informando reacciones locales solicitadas "leve" y un 36% informando reacciones locales solicitadas "moderadas".

El 72% de los participantes mayores informaron reacciones sistémicas solicitadas, con el 11% de estos participantes sosteniendo reacciones sistémicas solicitadas de Grado 3 o superior, el 69% sosteniendo reacciones solicitadas "leves" y el 36% sosteniendo reacciones solicitadas "moderadas".

El 33% de los participantes mayores informó un total de 20 TEAE no solicitados, cuatro de los cuales se determinó que estaban "relacionados" con la vacunación. Entre los participantes mayores, el 8% informó un TESAE de grado 3 o superior, con «un evento evaluado como relacionado por el investigador».

Se informó que un participante mayor sufrió un evento adverso grave emergente “TESAE no relacionada” (una fractura de tobillo).

Los TESAE entre los participantes mayores incluyeron dolor de espalda, dolor de pecho, lesiones faciales, aumento de la lipasa, aumento de la amilasa, espasmos musculares, dolor musculoesquelético, dolor en los tendones, intolerancia ortostática, cólico renal, dermatitis seborreica y “respiración dolorosa”.

Es de destacar que ninguna de las participantes de ninguna de las inyecciones candidatas estaba embarazada, lo que plantea muchas y fundadas dudas sobre la recomendación y administración de la “vacuna” a mujeres embarazadas a pesar de la ausencia de datos de ensayos clínicos.

Después de revisar algunos de los CRF publicados, la periodista de investigación Sonia Elijah descubrió otros problemas, incluidos los siguientes:

- Los pacientes ingresaron en el grupo de "población sana" que estaban lejos de ser saludables. Por ejemplo, uno de esos participantes "sanos" era un diabético tipo 2 con angina, un stent cardíaco y antecedentes de ataque cardíaco.

- Los números de eventos adversos graves (SAE, por sus siglas en inglés) se dejaron en blanco: el sitio de Ventavia No. 1085 tiene una cantidad particularmente grande de números de SAE que faltan.

- Códigos de barras faltantes para las muestras recolectadas: sin esos códigos de barras, no puede hacer coincidir la muestra con el participante.

- Fechas de inicio y finalización de SAE de apariencia sospechosa: por ejemplo, el llamado diabético "saludable" sufrió un ataque cardíaco "grave" el 27 de octubre de 2020. La fecha de "finalización" aparece como el 28 de octubre, el día siguiente, lo cual es extraño porque se registró como lo suficientemente grave como para requerir hospitalización. Asimismo, ese mismo día, 28 de octubre, el paciente fue diagnosticado con neumonía, por lo que probablemente permanecía hospitalizado. “Esta anomalía genera dudas sobre la precisión de estas fechas registradas, lo que podría violar las pautas de documentación del sitio clínico ALOCA-C para ensayos clínicos”, escribe Elijah.

- Los equipos no cegados fueron responsables de revisar los informes de eventos adversos en busca de signos de casos de Covid y de revisar los casos graves de Covid. Sin embargo, en algunos casos parecen haber descartado la posibilidad de que un evento esté relacionado con Covid, como la neumonía. Esto a pesar del hecho de que el protocolo de Pfizer (sección 8.2.4) enumera "Covid-19 mejorado" (es decir, mejora dependiente de anticuerpos) como un posible efecto secundario que hay que tener en cuenta. Como señaló Elijah: “Sin darse cuenta, esto podría haber dado lugar a un sesgo, ya que los equipos no cegados habrían sabido a qué participantes se les asignó el placebo y quiénes recibieron la “vacuna”. Es posible que el patrocinador los haya presionado para que el ensayo

siguiera un camino determinado y para que eventos como 'neumonía por Covid' se clasificaran simplemente como neumonía".

- Citas imposibles: el diabético que sufrió un ataque cardíaco seguido de neumonía (que puede haber sido neumonía por Covid no reconocida) murió, y la fecha de la muerte figura como el día anterior al que supuestamente el paciente fue a una visita de "enfermo de Covid". Claramente, es imposible que un muerto asista a una visita médica, entonces algo anda mal aquí. La nota del investigador clínico establece: "No puede haber una fecha posterior a la fecha de la muerte. Elimine los datos de la visita por enfermedad de Covid y agregue tos y dificultad para respirar como EA (eventos adversos)".

- Segunda dosis administrada fuera de la ventana del protocolo de tres semanas.

- El período de observación parece haber sido una entrada automática: según el protocolo, el personal debía observar a cada participante durante un mínimo de 30 minutos. La mayoría de los CRF establecen 30 minutos, lo que plantea la pregunta: ¿Se observó a los participantes durante un período de tiempo adecuado o simplemente anotaron "30 minutos" como una entrada automática? ¿Por qué hay tan poca variedad en los tiempos de observación? Si no se observaba adecuadamente a los participantes, se ponía en riesgo su seguridad, que era una de las preocupaciones de Jackson.

- Eventos adversos enumerados como "no graves" a pesar de la estancia prolongada en el hospital. En un caso, el participante se cayó y sufrió laceraciones faciales el día después de la segunda dosis y estuvo hospitalizado durante 26 días, pero la caída no se informó como grave. Otras anomalías en este caso particular incluyen enumerar la caída como causada por una "caída" no relacionada con el tratamiento del estudio, y la laceración facial como resultado de "hipotensión" (presión arterial baja). También falta el número SAE para las laceraciones faciales. Elijah escribe: "Se pueden plantear dudas sobre la credibilidad de esta información dado que la caída y las laceraciones faciales estaban intrínsecamente relacionadas. Entonces, si las laceraciones faciales se debieron a 'hipotensión', entonces la caída también debería deberse a eso". ¿Podría la presión arterial baja ser un efecto de la inyección experimental? Posiblemente. Especialmente cuando se considera que el paciente se cayó al día siguiente de recibir la segunda dosis. Aún más sospechoso: la causalidad de la caída se registró como "relacionada" (con el tratamiento) en el formulario de eventos adversos graves, pero se anotó como "no relacionada" en el CRF de eventos adversos. Una nota dice: "Por favor, confirme la causalidad correcta".

- Descartar nuevos problemas de salud como no relacionados con el tratamiento: por ejemplo, en un caso, a una participante sin antecedentes médicos de insuficiencia renal se le diagnosticó cálculos renales e hipopotasemia severa, lo que requirió hospitalización, un mes después de su segunda dosis. Sin embargo, a pesar de que no tenía antecedentes de

problemas renales, ambos eventos se descartaron como "no relacionados" con el tratamiento del estudio y no se realizaron más investigaciones.

Para cerrar, Elijah escribió:

"Toda la evidencia recopilada durante un tiempo limitado parece respaldar las afirmaciones del denunciante Jackson sobre la gestión deficiente de los datos en el sitio del ensayo y plantea interrogantes sobre cómo Ventavia llevó a cabo los ensayos clínicos de Pfizer.

Los errores y anomalías en los CRF también aluden a sus afirmaciones de que los asociados de investigación clínica no fueron capacitados adecuadamente, y muchos no tenían antecedentes de experiencia clínica previa. Si tales hallazgos atroces son ciertos en estos sitios, ¿podrían manifestarse en otros sitios de prueba en América del Norte y más allá?"

Más cosas sospechosas:

El 9 de mayo de 2022, un usuario de Twitter llamado Jikkyleaks publicó una serie de tuits en los que cuestionaba los datos de los sitios de prueba de Pfizer 1231 y 4444:

El sitio de prueba 1231, ubicado en Argentina, de alguna manera logró reclutar al 10% del total de participantes de la prueba, 4501 en total, y lo hicieron en solo tres semanas y sin una organización de investigación por contrato (CRO). Las CRO como Ventavia Research Group, para la que trabajó Jackson, brindan servicios de administración de ensayos clínicos. El investigador principal del sitio de prueba 1231 es el Dr. Fernando Polack.

Como señaló Jikkyleaks, Polack "es literalmente el médico más ocupado del planeta", porque además de todos esos roles, también logró inscribir a 4500 pacientes sin ayuda en tres semanas, lo que implica completar unas 250 páginas de formularios de informes de casos (CRF) para cada paciente. Eso es alrededor de 1 125 000 páginas en total.

Este reclutamiento también tuvo lugar los siete días de la semana, lo cual es otra bandera roja. "El reclutamiento de fin de semana para un ensayo clínico sería extraño. Se necesita personal para completar tantos formularios de registro (CRF) y existen riesgos potenciales para el ensayo, por lo que necesita personal médico. Sería muy inusual", señala Jikkyleaks.

Ahora, el "sitio 4444" no existe. En realidad, es lo mismo que el sitio 1231. Parece que el sitio 1231 realizó una segunda sesión de inscripción y, por alguna razón, se les dio la designación de 4444. Los datos del sitio de prueba 4444 generan más sospechas.

El sitio 4444 (la segunda sesión de inscripción para el sitio 1231) supuestamente inscribió a 1275 pacientes en una sola semana, del 22 al 27 de septiembre de 2020, y lo sospechoso de eso, además de la velocidad, es el hecho de que esta

fue la última semana que el reclutamiento podría tener lugar para cumplir con el límite de datos para la reunión de la FDA en diciembre de 2020. Jikkyleads escribe:

“Mi conjetura: necesitaban suficientes números de 'pruebas de PCR positivas' en el grupo de placebo para mostrar una diferencia entre los grupos para esa reunión de VRBPAC el 10 de diciembre, y no las tenían. Entonces, apareció el sitio 4444 y les dio su resultado 'perfecto'. Bravo."

¿Podemos confiar en Pfizer?

En 2002, Pfizer y dos subsidiarias pagaron $49 millones para resolver demandas civiles por no haber informado los mejores precios para su medicamento Lipitor, como lo requiere el Estatuto de Reembolso de Medicamentos de Medicaid.

En 2004, una subsidiaria de Pfizer, Warner-Lambert, se declaró culpable y pagó más de $430 millones para resolver cargos penales y responsabilidad civil por prácticas de marketing fraudulentas.

En 2007, otra subsidiaria fue declarada culpable de pagar sobornos por colocar sus medicamentos en el formulario y tuvo que pagar una multa de $34 millones.

Dos años más tarde, en 2009, Pfizer fue declarado culpable de fraude en la atención médica y se le ordenó pagar la multa más alta jamás vista por este tipo de delito. Al anunciar la sanción récord de 2300 millones de dólares contra el gigante de las drogas, el Departamento de Justicia de EE. UU. dijo que uno de los cargos era un delito grave. Los otros cargos se derivaron de acciones falsas y reclamos falsos presentados a los programas federales de atención médica.

En 2010, se ordenó nuevamente a la compañía pagar $142 millones en daños por mercadeo fraudulento y promoción del medicamento Neurontin para usos no aprobados.

Menos de 10 años después, en 2018, Pfizer se vio nuevamente atrapada en un esquema ilegal de sobornos y acordó pagar $23.8 millones para resolver reclamos de que utilizó una fundación como conducto para pagar los copagos de los pacientes de Medicare que tomaban tres de sus medicamentos.

Como se señaló en la revista Healthcare Policy en 2010: "Pfizer ha sido un 'delincuente habitual', participando persistentemente en prácticas de marketing ilegales y corruptas, sobornando a médicos y suprimiendo los resultados adversos de los ensayos". El artículo también destaca los crímenes de Johnson & Johnson, otro fabricante de vacunas contra el Covid.

Veamos otras cosas “misteriosas” relacionadas con las “vacunas” que podemos llamar esclarecedoras:

"Es un niño de mierda": el funcionario de Johnson & Johnson dice que los niños no deberían recibir los sueros debido a 'repercusiones desconocidas'. Project

Veritas publica la tercera entrega de su serie sobre expertos en "vacunas", esta vez grabando de manera encubierta a dos funcionarios de Johnson & Johnson diciendo que los niños no deberían tomar el pinchazo de Covid-19.

"Los niños no deberían recibir una puta 'vacuna' Covid", dijo el líder comercial regional, Brandon Schatt.

"Es un niño, simplemente no haces eso, ¿sabes? No es algo tan desconocido en términos de repercusiones en el futuro, ¿sabes?".

Schadt también dio a entender que el gran impulso para "vacunar" a los niños tiene que ver con el dinero, no con la seguridad pública.

Otro empleado de J&J, el científico Justin Durrant, dijo explícitamente "No te pongas la 'vacuna' antiCovid Johnson & Johnson, no te lo dije".

En cuanto a los niños, Durrant dijo que "no haría tanta diferencia".

También comentó sobre la campaña de presión para restringir los privilegios sociales para los no "vacunados".

"Es casi como, eres casi un ciudadano de segunda clase si no estás 'vacunado', no puedes hacer nada que pueda hacer un ciudadano normal", agregó. "Si no puedes trabajar, siento que es un castigo suficiente ... La única forma en que la gente realmente actúa y cumple es si afecta sus bolsillos, como si trabajas para una gran empresa y vas a perder tu trabajo, mejor creo que seré el primero en la fila [en recibir la 'vacuna' Covid]… Eso es lo que estamos haciendo".

Hace poco el proyecto Veritas, también sacó otro vídeo muy esclarecedor. En esta ocasión es una entrevista con Jodi O'Malley, que trabaja como enfermera registrada en un Centro Médico Indio local. O'Malley le contó al fundador de Project Veritas, James O'Keefe, lo que ha estado sucediendo en su lugar de trabajo. Grabó a sus colegas del HHS discutiendo sus preocupaciones sobre las "vacunas" Covid para corroborar sus afirmaciones, no tiene desperdicio.

Los científicos que trabajan para Pfizer han sido captados en un vídeo **que indica que los anticuerpos naturales son mucho mejores que la "vacuna" Pfizer para combatir la Covid-19**. En imágenes grabadas con cámara oculta publicadas también por el proyecto Veritas, Nick Karl, un científico que trabaja para Pfizer, afirma que los anticuerpos naturales son mucho mejores porque atacan todo el virus, en lugar de una sola pieza del virus que es el objetivo de las "vacunas" Covid-19.

Otros dos científicos que trabajan para Pfizer también fueron captados en vídeo. Rahul Khandke, un científico de Pfizer, afirmó que: "**Nos enseñaron a decir cosas como que la "vacuna" es más segura que contraer Covid**, si tienes anticuerpos, deberías poder demostrar que los tienes". Mientras que Chris Croce, científico principal de Pfizer, dijo que siente que trabaja para "una corporación malvada" y que las personas "vacunadas" todavía se enferman porque sus

anticuerpos producidos por la “vacuna” están disminuyendo, y no tiene nada que ver con la famosa variante Delta.

Un vídeo encubierto de Project Veritas revela a un científico de Pfizer que relata un caso de **un superior que expresa desinterés en el aparente fracaso de la “vacuna” Covid-19 de la compañía para impartir inmunidad a un sujeto de prueba**.

El vídeo, publicado el viernes 15 de octubre, muestra un fragmento de una conversación con el científico de Pfizer Nick Karl, quien le cuenta a un periodista encubierto de Veritas sobre su "primer experimento" con la “vacuna” en un sujeto que "**recibió la vacuna dos veces y no tuvo respuesta de anticuerpos**". Al principio, pensó que la muestra simplemente había sido mal etiquetada, pero la reacción de su superior no identificado fue presuntamente indiferente.

“Como si lo estuviera cuestionando, y mi jefe me dijo, 'a quién le importa, como si simplemente no hubiera funcionado'”, dice Karl. "Estoy como, '¿qué?'". “No quería que lo investigara más”, continuó Karl. “Me dijo: 'Realmente no me importa esta muestra que no funcionó'. Supongo que hay un pequeño porcentaje en el que simplemente no funciona".

Este mismo señor, en otro vídeo reconoce que los anticuerpos naturales son los que pasan de la madre al niño durante el embarazo mediante el cordón umbilical.

Aquí están todas las partes en español.

Ha aparecido un vídeo “muy interesante" de octubre de 2019, que ha hecho público Alex Jones en infowars.com. En él, Fauci y otros planificaron una “**vacuna de ARNm universal contra la influenza” que se convirtió en la “vacuna de ARNm de Covid-19” porque la gente no temía lo suficiente al virus de la gripe**.

El videoclip que mostraron es de un evento, en el que destaca un diálogo de 1 minuto y 51 segundos entre el moderador, Michael Spectre, un periodista que es redactor del equipo de New Yorker y también profesor adjunto de bioingeniería en la Universidad de Stanford, Anthony Fauci, director de el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, y Rick Bright, director de la Autoridad de Desarrollo e Investigación Biomédica Avanzada del HHS (BARDA).

En este breve clip, que fue extraído de la mesa redonda de una hora, Anthony Fauci explica que **traer un nuevo tipo de vacuna sin probar, como una vacuna de ARNm, tomaría al menos una década** ("si todo sale perfectamente") para pasar ensayos adecuados y ser aprobados por la FDA. Él lo sabría, porque había estado tratando de hacerlo durante aproximadamente una década para entonces (octubre de 2019), tratando de desarrollar una vacuna basada en ARNm para el VIH. Pero ahora estaban discutiendo algo mucho más grande que una simple vacuna para pacientes con SIDA. Están hablando de una “vacuna universal contra la influenza” que todos tendrían que tomar, un gran mercado para las grandes farmacéuticas.

Por otro lado, Project Veritas obtuvo una grabación de una llamada de zoom de toda la compañía de AstraZeneca realizada el 3 de diciembre de 2020. En la grabación, el CEO **Pascal Soriot** dijo que **las personas con deficiencias inmunológicas no deberían recibir la "vacuna"**. Esto contradice **la orientación de funcionarios de salud como la Organización Mundial de la Salud ("OMS")**.

Soriot también sugirió que **el tratamiento con anticuerpos a menudo era una mejor alternativa**. Sin embargo, el gobierno de EE. UU. y otros han bloqueado los tratamientos con anticuerpos monoclonales. Una y otra vez, los gobiernos y las grandes farmacéuticas han estado predicando las "vacunas" como la única forma efectiva de luchar contra la Covid-19.

Células fetales

Project Veritas sigue sacando a la luz información comprometida de la compañía Pfizer. Y esta vez lo ha hecho por medio de alguien que llevaba 10 años trabajando para la farmacéutica. Se trata de Melissa Strickler que trabajaba como auditor de calidad y que ha decidido filtrar correos electrónicos muy comprometidos y escandalosos de varios directivos de su ex-empresa. En varios de ellos se reconoce que **las "vacunas" contienen, entre otras cosas, células de bebés abortados** y los remitentes de esos correos andan como locos porque no se hable de ello.

Philip Dormitzer, director científico de Pfizer, dice en uno de ellos: "Las células HEK293T, utilizadas para el ensayo IVE, se derivan en última instancia de un feto abortado. Vanessa Gelman, directora senior de investigación mundial, advierte al personal que tenga cuidado con la información que dan: "Desde la perspectiva de los asuntos corporativos, queremos evitar que la información sobre las células fetales esté circulando". Y añadía: "El riesgo de comunicar esto ahora mismo supera cualquier beneficio potencial que podamos ver, particularmente con los miembros del público en general que pueden tomar esta información y usarla de maneras que quizás no queramos. No hemos recibido ninguna pregunta de los responsables políticos o los medios de comunicación sobre este tema en las últimas semanas, por lo que queremos evitar plantear esto si es posible".

En otro intercambio de correo electrónico entre Advait Badkar, director senior del grupo de Tecnologías de Entrega Novedosas dentro de la organización de Ciencias Farmacéuticas Bioterapéuticas de Pfizer, se puede ver a Gelman admitiendo a Badkar que, "Una o más líneas celulares con un origen que se remonta al tejido fetal humano se ha utilizado en pruebas de laboratorio asociadas con el programa de 'vacunas'". Ella le advirtió que "hemos estado intentando tanto como hemos podido para no mencionar las líneas celulares fetales".

Lo que Strickler no sabía es que los científicos e investigadores conocen bien la información sobre las células fetales que se utilizan para la "vacuna" Covid-19. **Los artículos sobre las técnicas de fabricación de las "vacunas" Covid-19, que incluían el uso de células fetales, se publicaron en línea al menos en**

mayo de 2020; tampoco sabía que había descubierto solo una pequeña parte de un gran escándalo.

Las células fetales a las que se hace referencia en los correos electrónicos de Pfizer eran células HEK293T, obtenidas de las células renales de un feto femenino en 1973. En realidad, todas las "vacunas" Covid-19 autorizadas actualmente se fabrican utilizando células fetales abortadas**, incluidas Moderna's. Moderna también usó células HEK293T en sus pruebas de prueba de concepto para ver si las instrucciones genéticas contenidas en estas "vacunas" se absorberían de manera efectiva y producirían la proteína de pico requerida**.

Johnson y Johnson utilizaron tanto la línea celular PER.C6 (derivada de células retinianas embrionarias humanas, originalmente del tejido retiniano de un feto de 18 semanas abortado en 1985) como la línea celular HEK293T, para producir y analizar (respectivamente) su vacuna contra el adenovirus de Janssen.

AstraZeneca utilizó las células HEK293T para desarrollar las suyas, al igual que otras dos empresas cuyas "vacunas" han sido aprobadas, CanSino Biologics y Gamaleya Research Institute ("vacuna" Sputnik V).

El uso de células fetales abortadas en la producción de vacunas ha estado ocurriendo durante más de 50 años, desde mediados hasta fines de la década de 1970. Los antígenos de varias vacunas infantiles se cultivan en líneas celulares fetales abortadas MRC-5 y WI-38. Estas líneas celulares se encuentran en las vacunas y están incluidas en la lista de excipientes de vacunas de los CDC, así como en el sitio web del Instituto Johns Hopkins para la seguridad de las vacunas (imágenes superior e inferior respectivamente).

El ADN y las proteínas fetales también se encuentran en las "vacunas" Covid-19, al menos en las que fueron desarrolladas, no solo probadas, en células fetales. La ingeniera genética, la Dra. Theresa Deisher, explica que es imposible separar totalmente el antígeno del medio en el que se cultiva.

"Todas estas cosas están en el producto final, incluidos los contaminantes de las líneas celulares que se utilizan para fabricar las vacunas, y usted preguntó, ya sabe, por qué no se pueden eliminar los contaminantes. Entonces, el virus en la vacuna es solo una cadena larga de ARN o ADN, pero es una cadena tan larga que no es económico producirlo en un tubo de ensayo y, por lo tanto, las compañías imitan la forma en que la naturaleza hace crecer los virus e infectan las células y el el virus crece en las células, y luego lisan la célula e intentan purificar el virus y dejar las células impurezas y fragmentos de ADN. Pero, para cualquiera que haya tomado química, su rendimiento es inversamenterelacionado con su pureza y, por lo tanto, si purificaran los contaminantes de las líneas celulares, el rendimiento sería tan bajo que no ganarían dinero, o nadie pagaría mil dólares o diez mil dólares por una vacuna y, entonces, debido a eso, los contaminantes de las líneas celulares, y en ese caso las líneas celulares fetales, están en el producto final. Y, en realidad, se encuentran en niveles muy altos".

Las líneas celulares WI-38 y MRC-5 tienen más de 60 años. "Las células WI-38 fueron derivadas por Leonard Hayflick en 1962 del pulmón de un feto femenino de 3 meses. Las iniciales WI se refieren al Instituto Wistar, un organismo de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, y el número 38 al feto del que se obtuvieron las células. Las células MRC-5 se obtuvieron en 1966 de los pulmones de un feto masculino de 14 semanas. Las iniciales MRC indican Medical Research Council, un organismo de Londres". Las líneas celulares envejecen y solo se pueden replicar tantas veces, por lo tanto, en 2015, China desarrolló otra línea celular fetal, la cepa WalVax-2.

Las líneas celulares adicionales de fetos abortados quirúrgicamente, que no se usan en vacunas, incluyen "… WI-1, WI-3, WI-11, WI-16, WI-18, WI-19, WI-23, WI-24, WI-25, WI-26, WI-27, WI-44, MRC-9, IMR-90 y R-17 (obtenidos de pulmón); WI-2, WI-12 y WI-20, (piel y músculo); WI-5 (músculo); WI-8 y WI-14 y WS1 (piel); WI-4, WI-9, WI-10, WI-13 y WI-15 (riñón); WI-6, WI-21 y WI-22 (corazón); WI-7 (timo y tiroides), WI-17 (hígado); FHs74Int (intestino delgado)…

El uso de células fetales abortadas plantea enormes preocupaciones éticas, morales y de salud.

El Dr. Stanley Plotkin, un renombrado vacunólogo, dijo esto sobre las células fetales abortadas (comenzando a 2:40):

"Debido a que se necesita tejido vivo para el cultivo primario, estos abortos a menudo se realizan mediante el método de la "bolsa de agua" que da a luz a los fetos (entre 2 y 4 meses de gestación) vivos. (Las extremidades, órganos y tejidos de fetos abortados también son un pilar de la investigación médica moderna). Incluidos en las vacunas contra el sarampión, las paperas, la rubéola, la varicela, el herpes zóster, el rotavirus, el adenovirus y la rabia se encuentran fragmentos de ADN humano"

No solo los bebés nacen vivos, sino que sus órganos a menudo se extraen cuando aún están vivos. Así es como consiguieron que se utilizaran las células renales HEK293 en la fabricación de las "vacunas" y por qué Pfizer quería que se mantuviera en secreto:

Los detalles de los orígenes brutales de HEK293, y desde todas las apariencias, hasta hace muy poco, en gran parte no revelados, explican el profundo malestar de la compañía. Al contrario de casi medio siglo de tergiversación y ofuscación, la creación de HEK293 NO surgió de un "aborto" como la gente común lo entiende.

Para obtener un riñón embrionario viable… los niños suficientemente sanos con la edad suficiente para tener riñones desarrollados adecuadamente deben ser extraídos del útero, vivos, típicamente por cesárea, y se les deben extirpar los riñones. Esto debe realizarse sin anestesia para el niño, lo que disminuiría la viabilidad de los órganos.

… El asesinato deliberado de un niño no deseado (una niña, en el caso de HEK 293) se llevó a cabo de la forma tortuosa que tuvo precisamente para obtener sus

órganos para la investigación. La extracción de sus órganos fue la causa directa de su muerte, antes de la cual, era una niña viva, fuera del útero.

Según Plotkin, inyectar ADN intacto es teóricamente problemático y es por eso que lo fragmentaron. El ADN humano intacto fue descubierto recientemente en una vacuna por Corveleva, un laboratorio independiente que ha estado analizando el contenido de la vacuna.

Los ensayos clínicos de vacunas buscan principalmente eventos adversos locales y transitorios predefinidos, por lo que los participantes del ensayo solo son seguidos durante días o meses. Los efectos a largo plazo de las vacunas no forman parte de los ensayos clínicos. La sección 13 del prospecto de cada paquete de vacuna establece que la vacuna no se ha estudiado para determinar si la vacuna puede causar mutaciones genéticas, cáncer o problemas de fertilidad. No están obligados a hacerlo. Sin embargo, los científicos saben desde hace mucho tiempo que:

- **La fragmentación del ADN es un primer paso necesario para insertar ADN extraño en las células.**
- **A través de un proceso llamado mutagénesis por inserción, el ADN extraño se puede incorporar al ADN del huésped y causar mutaciones genéticas, cáncer y otros problemas de salud.**
- **La recombinación homóloga, otro tipo de mutación que involucra fragmentos de ADN, puede causar una enfermedad grave.**
- **Los retrovirus que se encuentran en el ADN humano extraño pueden ser peligrosos cuando se incorporan al ADN de un huésped humano.**
- **Las células madre embrionarias en las que se cultivan las vacunas son naturalmente tumorigénicas**. La FDA **ha estado estudiando las vacunas de virus vivos debido a su potencial de causar cáncer**.

Los científicos que investigan las vacunas **han podido identificar aumentos en el autismo en diferentes países que coinciden con la introducción de vacunas de virus vivos cultivados en sustratos de células humanas**. Esto se suma a los problemas previamente conocidos que surgen de la inyección de ADN humano extraño en un huésped humano. Si bien el efecto de inyectar a los hombres con ADN de fetos femeninos y a las mujeres con ADN de fetos masculinos no se ha estudiado directamente, un nuevo estudio muestra que los individuos autistas tienen más probabilidades de ser transgénero y la investigación ha investigado el efecto de las anomalías cromosómicas en áreas de el cerebro relacionado con el comportamiento sexual. Esto es particularmente importante a la luz del tremendo aumento del transgénero y la disforia (confusión) de género que se informa en muchos países.

Las células fetales abortadas también se encuentran en algunos medicamentos.

Una dosis de realidad:

A pesar de las declaraciones públicas de Novavax de que su "vacuna" Covid-19 no tiene ninguna conexión con las líneas celulares derivadas del aborto, la evidencia de una carta privada y el propio estudio publicado de Novavax muestran que la línea celular fetal abortada HEK293 se usó en la prueba.

En un artículo reciente de Christianity Today, que afirmaba erróneamente que la "vacuna" es "la primera sin vínculos con líneas celulares fetales abortadas", se citó a un portavoz de Novavax diciendo:

"No se utilizan líneas celulares o tejidos derivados de fetos humanos, incluidas las células HEK293, en el desarrollo, la fabricación o la producción de la 'vacuna' candidata Novavax Covid-19, NVX-CoV2373".

En la fase de prueba se utilizó la línea celular HEK293, según revela un artículo científico publicado por la propia Novavax. La línea celular HEK293 se cosechó originalmente del riñón de una niña abortada en 1973.

Cuando se le presentó esta evidencia, el portavoz de Novavax proporcionó otra respuesta cuidadosa: que Novavax "no usó células HEK293 en la prueba de NVX-CoV2373".

Sin embargo, en una carta obtenida por el Instituto Charlotte Lozier de un colega médico que solicitó información de Novavax, Novavax admite que las células HEK293 se usaron como parte de la fase de prueba para NVX-CoV2373:

"Se realizaron pruebas para comparar la integridad estructural de la proteína espiga del SARS-CoV-2 producida en las células de insecto Sf9 frente a la proteína espiga producida en las células HEK 293F de riñón embrionario humano de mamífero. La comparación determinó que la tecnología de células Sf9 produjo proteínas de punta comparables en integridad estructural a las proteínas de punta producidas en la célula HEK 293F".

El uso de líneas celulares humanas abortadas no es necesario ***en ningún momento del proceso de creación de la "vacuna": diseño, producción o prueba. Novavax, como todas las empresas de biotecnología, tiene a su*** disposición ***líneas celulares éticas que no tienen ninguna conexión con el aborto***.

El Dr. David Prentice del Instituto Charlotte Lozier alienta a Novavax y otras empresas de biotecnología a "disociarse públicamente de cualquier uso posterior de materiales biológicos ilícitos". El Dr. Prentice agrega:

"Esto contribuiría en gran medida a calmar las preocupaciones, aumentar la buena voluntad y, francamente, disminuir el uso de dichos materiales en los laboratorios. Celebramos que Sanofi se alejara de las células derivadas del aborto para la producción de su vacuna contra la poliomielitis. Deberíamos alentar

movimientos similares ahora incluso con respecto a las pruebas de posproducción".

El Dr. Alan Moy, director ejecutivo de la compañía de biotecnología de Iowa Cellular Engineering Technologies y fundador del Instituto de Investigación Médica John Paul II está de acuerdo:

"***Existen líneas celulares humanas alternativas que no solo están libres de controversias éticas, sino que también ofrecen ventajas científicas a la línea celular HEK293 para vacunas o pruebas de drogas de rutina***".

Según el Dr. Moy, la línea celular HEK293 es problemática mucho más allá de la controversia ética:

- ***La línea celular HEK293 es anticuada, creada hace 50 años con métodos que están muy desactualizados.***
- ***La línea celular no tiene la maquinaria celular normal de las células humanas nativas. Se ha transformado en una línea celular tumoral con un 50 por ciento más de cromosomas que una línea celular humana normal.***
- ***Expresa genes y proteínas virales que presentan riesgos potenciales de seguridad.***
- ***Ya no produce proteínas humanas nativas y también carece de las proteínas de superficie celular nativas necesarias para realizar pruebas de Covid, a menos que esas proteínas importantes se agreguen genéticamente.***
- ***HEK293 no se puede replicar a partir de futuros tejidos fetales abortados, razón por la cual los investigadores están creando nuevas líneas celulares a partir de nuevos abortos para usar en futuras vacunas***.

Cellular Engineering Technologies y el Instituto de Investigación Médica John Paul II han creado lo que el Dr. Moy llama "la línea más grande de líneas celulares humanas éticas que ***no requieren el uso de células fetales abortadas o células madre embrionarias***".

El Dr. Moy señala que estas líneas celulares se pueden usar para la producción y prueba de vacunas, productos biológicos, terapia génica y terapia celular "mediante la combinación ***de métodos genéticos modernos con células madre posnatales", es decir, células madre derivadas de la sangre del cordón umbilical***.

"***Las células mantienen las propiedades celulares humanas***", dijo el Dr. Moy. "***Están libres de proteínas virales contaminadas, lo que ofrece mayor seguridad y reproducibilidad. Normalmente expresan las proteínas de la***

superficie celular necesarias para realizar las pruebas de la 'vacuna' Covid y representan ***un suministro reproducible infinito porque cada año nacen millones de recién nacidos***".

El Dr. Moy anticipa que estas líneas celulares éticas estarán disponibles comercialmente para la comunidad científica más amplia y la industria farmacéutica este año. Actualmente, Cellular Engineering Technologies ofrece servicios de investigación por contrato que pueden proporcionar análisis de fármacos de rutina y desarrollo de fármacos con estas líneas celulares éticas.

Afortunadamente, el uso futuro de HEK293 y otras líneas celulares derivadas del aborto está en peligro. Personhood Alliance alienta a las industrias biotecnológica y farmacéutica a comprometerse públicamente con el uso de líneas celulares derivadas éticamente en el diseño, producción y prueba de vacunas y otras terapias.

Análisis de sangre de "vacunados"

Si bien es importante conocer realmente la composición completa de los sueros experimentales, es tanto o más importante ver lo que producen en la sangre de los inoculados; por eso hay investigadores que se han dedicado a realizar esos análisis:

El Dr. Robin Wakeling está de regreso para presentar la ronda 2 de Pfizer Under The Microscope. Ha estado trabajando con otros equipos de Nueva Zelanda que intentan dilucidar qué contienen estos pinchazos. En exclusiva, en este vídeo examina la sangre de los inyectados y encuentra algo que nunca antes había visto. Los equipos también han estado examinando las vacunas contra la gripe y han descubierto algunos resultados sorprendentes en estos viales.

La Dra. Jane Ruby afirma que los resultados encontrados son horribles, lo cual es confirmado por médicos franceses y por médicos y abogados alemanes. A principios de julio, el Dr. Philippe van Welbergen, Director Médico de Clínicas Biomédicas, fue entrevistado en un canal comunitario de Sudáfrica. Explicó que cuando sus pacientes comenzaron a quejarse de fatiga crónica, mareos, problemas de memoria, incluso a veces parálisis y aparición tardía de menstruación abundante (mujeres de 60 años o más), tomó muestras de sangre. **Su sangre tenía estructuras inusuales en forma de tubo, algunas partículas que se iluminaban y muchas células dañadas**. Fueron visibles pocas células sanas. Hasta tres meses antes, nunca había visto estas formaciones en sangre. En una conferencia médica en los Países Bajos, descubrió que se estaba discutiendo sobre sangre similar; algunas muestras de sangre incluso mostraron glóbulos rojos y azules, que no eran materia orgánica. "Al unir los puntos, descubrimos que **todos habían recibido la 'vacuna' de Covid**", dijo el Dr. van Welbergen.

La Dra. Zandre Botha de Sudáfrica, una analista certificada de sangre viva y seca desde hace 15 años, apareció en el programa de Stew Peters para discutir sus imágenes recientes relacionadas con la no "vacuna" Covid. Botha estudió tanto el

el suero como la sangre de pacientes "vacunados" Covid. Usó viales de Janssen en su análisis. Botha confirmó que ***los resultados fueron muy inquietantes y que nunca había visto algo así en sus 15 años de análisis de microscopía de sangre***. Ella enfatiza varias veces en la entrevista que no es una experta, sin embargo, ha estado mirando sangre y muestras bajo microscopios durante una década y media.

Cuando analizó la sangre de sus pacientes "vacunados", vio ejemplos horribles de rouleau (el apilamiento y agrupamiento de glóbulos rojos en columnas). El Dr. Young habló sobre rouleau (y el efecto corona) en 2020 al comienzo de esta estafa. También descubrió una extraña sustancia / estructura negra entre los glóbulos rojos. En particular, ***la Dra. Botha encontró esto en todos los pacientes "vacunados" con síntomas***.

Lo que encontró en los viales fue aún más perturbador. En primer lugar, ***encontró exactamente la misma estructura negra antes mencionada en el vial que en la sangre. También encontró círculos simétricos oscuros o negros que podrían ser metálicos, unidos por conectores***.

¡Parecía diseñado y se ensambla automáticamente! En otra diapositiva, muestra que se habían comenzado a formar líneas negras. La Dra. Botha afirma que había visto burbujas de aire antes en análisis de sangre y que **estas sustancias no eran burbujas de aire**. También realizó un análisis de campo oscuro y descubrió que **las partículas eran reflectantes**.

Dr. Mark Trozzi:

Ella ha examinado la sangre de muchas personas bajo el microscopio después de ser víctimas de las inyecciones biotecnológicas de Covid mal informadas y coaccionadas que se venden criminalmente como "vacunas Covid", lo cual sabemos que no son.

¡Los hallazgos microscópicos de la Dra. Botha son horribles!

En primer lugar, observa constantemente ***daños extremos en los glóbulos rojos en todas las víctimas de inyecciones***. Observa la formación de rouleaux apilados. **Los rouleaux apilados son una forma extrema de daño a los glóbulos rojos, por el cual se pegan entre sí, ya no pueden transportar oxígeno de manera efectiva y obstruyen los vasos sanguíneos pequeños, lo que contribuye a la formación de coágulos de sangre mortales**.

En segundo lugar, la Dra. Botha recibió una muestra segura de una de las inyecciones de Covid. El examen microscópico de esto reveló ***elementos electrotécnicos inorgánicos en estas inyecciones***. Entendemos que la excusa de respaldo de los gigantes farmacéuticos para los ingredientes secretos en los cócteles que se inyectan a personas inocentes es que su "producto contiene propiedad intelectual que tienen derecho a proteger".

Estamos descubriendo que las inyecciones son incluso peores de lo que pensábamos, lo cual ya era terrible. Mientras tanto, políticos traidores y jefes corruptos de tantas instituciones alrededor del mundo, continúan imponiéndolas a la gente; demonizan a las personas que se niegan a ser inyectadas y, en cambio, se convierten en víctimas del apartheid médico, perdiendo sus trabajos y libertades. Es asalto, asesinato en masa e invasión de cuerpos con alta tecnología.

Estos elementos de autoensamblaje de electro-tecnología de las inyecciones, parecen ser el hackeo diabólico de cuerpos humanos por la empresa criminal del Covid. Comparto la súplica apasionada de la Dra. Botha para que la gente rechace estas inyecciones, incluso bajo las botas tiránicas del apartheid médico.

Por último, consideremos: ¿cuál es la función de estas unidades microscópicas de electrotecnia autoensambladas que se inyectan en masa en personas inocentes? Por supuesto, **son muy antinaturales y perjudiciales para la salud de todos**. Pero debe haber más.

Un científico con más de 30 000 seguidores en Twitter analizó la nueva encarnación de la "vacuna" de ARNm de Pfizer BioNTech llamada Comirnaty. No se ha podido verificar cómo obtuvo los viales. Sin embargo, el Dr. John B. publicó sus resultados en su página de Twitter. Comienza mostrando cómo está haciendo zoom en una gota: "**Al acercarnos, se descubrió que las partículas más grandes tenían un diámetro de aproximadamente 1 µm". "Algunas agregaciones de partículas también fueron visibles en el líquido". "También se pueden ver estructuras similares a fibras. Su diámetro está en el rango de nm. Recuerde, un cabello humano tiene un diámetro de aproximadamente 70-90 µm. Algunos de ellos parecen una fibra continua (a, c), otros tienen ramas (b, d)". "También se ve una estructura en forma de anillo". "Otra clase de partículas: comparativamente grandes y con propiedades únicas de refracción de la luz. Vienen en diferentes formas (por ejemplo, en forma de varilla, cuadrados)". Las últimas 3 imágenes contienen objetos de formas muy extrañas, algunos de los cuales parecen fragmentos de vidrio y otros son claramente iridiscentes, luminiscentes o fluorescentes**.

A estas alturas, con cada vez más médicos y científicos independientes que realizan sus propios análisis de los viales de las "vacunas" Covid, podemos formarnos una imagen de lo que realmente contienen. Los temas comunes de los contenidos incluyen:

- Objetos de formas extrañas como fragmentos de vidrio.
- Hilos (algunos de los cuales tienen ramas que crecen a partir de ellos) (ver también un artículo sobre las mascarillas y la evidencia de Madej).
- Colores brillantes luminiscentes o fluorescentes (ver la evidencia de Madej y la evidencia de John B.).

- Sustancias sintéticas/artificiales (se ven simétricas, por ejemplo, estructuras en forma de anillo que forman un círculo perfecto, o una cuadrícula circular negra)

- Autoensamblaje.

El respetado médico e inventor, Richard Fleming, ha publicado una presentación detallada de 32 minutos que documenta sus impactantes hallazgos. A finales de 2020, antes de que se lanzara la inyección de Pfizer, los principales científicos y expertos de todo el mundo advirtieron que las inyecciones de Pfizer y Moderna presentaban un riesgo extremo de causar coágulos de sangre, miocarditis y otros problemas cardiovasculares. Un año después, Pfizer y Moderna se vieron obligados a emitir advertencias confirmando que sus controvertidas "vacunas" de ARNm pueden causar una larga lista de problemas que no solo se limitan al sistema cardiovascular. Ahora, el científico investigador, ***el Dr. Richard Fleming, ha probado la "vacuna" Covid-19 Pfizer en muestras de sangre humana fresca in vitro y ha realizado una serie de descubrimientos de pesadilla que confirman los hallazgos de la comunidad médica***.

Veamos un vídeo del Dr. Nathan Thompson, de Illinois, Estados Unidos, el cual, nos muestra los resultados que presentaron las células sanguíneas que participan en las respuestas inmunes de un paciente, posterior a cada una de las dos inoculaciones y en comparación con lo que reflejaban antes de recibirlas.

Si bien se trata de algo muy puntual (un paciente adulto, diabético que había logrado controlar el padecimiento por cambios en su estilo de vida), los resultados que presenta el Dr. Thompson son preocupantes y, bajo el principio precautorio de la medicina y el espíritu de indagación que se esperaría tuvieran los practicantes de esta profesión, me parece que merecen su atención así como la realización de más estudios para ver si esto que se reporta en el vídeo es generalizado y, si sí, cuáles serían las implicaciones.

El Dr. Thompson es un médico graduado de Elmhurst College, con especialización en medicina del deporte, y trabaja en un centro de medicina integral (donde no solamente se enfocan en curar "X" sino en ayudar a que el paciente modifique su estilo de vida como un concepto de salud más holístico). En otras palabras, no es un médico especializado en hematología, patología clínica o inmunología. Sin embargo, lo que presenta aquí se basa en estudios muy básicos de patología clínica para los que no hace falta ninguna especialización. Cualquier médico (y médico veterinario) debe de conocer las pruebas de biometría hemática, citometría de flujo, y debe de poder interpretarlas. Haciendo eco de lo que pregunta el Dr. Thompson, a los médicos que miren este vídeo, les pregunto: ¿pueden con honestidad, integridad y veracidad, ignorar estos resultados, o consideran que sería sensato investigar más sobre este asunto?

Por otro lado, en este vídeo, tenemos un resumen de distintos análisis de sangre de los "vacunados". De igual forma, en el siguiente vídeo, se explica como las "vacunas" de ARNm, afectan a las células, ***el 62% de los pacientes recientemente "vacunados" tienen evidencia de coagulación y presentan***

daños permanentes. ***Las "vacunas" Covid destrozan las células*** T ***y el*** sistema inmunológico.

Considerando lo expuesto anteriormente, una pregunta que ya es habitual es, ¿sería seguro recibir una donación de algún órgano o de sangre de personas "vacunadas"?. Aunque realmente no tenemos información científica detallada y exhaustiva al respecto, recientemente esa situación ha cambiado, al menos un poco, gracias a dos artículos que abordan justo ese tema:

Este artículo, formateado como "carta al editor" y titulado (en inglés) "Donación de órganos de un donador con muerte cerebral con trombocitopenia trombótica inmune-inducida por vacunas posterior a Ad26.COV2.S: El riesgo de microtrombos en órganos" fue escrito por Uzun y colaboradores. En la publicación, describen el caso de una paciente sana de 50 años que desarrolló trombocitopenia trombótica inmune-inducida por la vacuna (VITT, por sus siglas en inglés) ***12 días después de haber recibido la "vacuna" vectorizada de Janssen***. La paciente presentó ***isquemia extensiva de ambos hemisferios cerebrales, atrapamiento del tallo cerebral, oclusión de la arteria cerebral media y trombosis de senos venosos cerebrales***. ***Tuvo muerte cerebral al tercer día de hospitalización***. Se evaluó la posibilidad de donar sus órganos y dado que tenía parámetros clínicos normales (a excepción de un ligero incremento en la creatinina sanguínea), se procedió a enviar sus datos a Eurotransplant (el sistema de registro Europeo de donadores). Sin embargo, a pesar de la normalidad de su evaluación, se encontraron ***zonas de microinfartos y coagulos en riñones y en hígado cuando se procedió a colectar sus órganos para un paciente compatible***. Por ese motivo, solamente fue donado el corazón. El receptor del corazón no desarrolló trombocitopenia trombótica ni anticuerpos anti-factor plaquetario 4, al menos 3 semanas posteriores al transplante. ***Los autores hacen un*** llamado ***a que se evalue con detalle los órganos de personas que sufrieron VITT antes de donar sus tejidos, dado el riesgo que representan para los receptores***. Su conclusión: "Los pacientes con VITT no debieran ser completamente excluidos como donadores de órganos, pero ***una evaluación pre-transplante [en el donador] minuciosa de riesgos potenciales y funcionalidad de los órganos, así como un monitoreo estrecho durante y después del transplante [en el receptor], son necesarios"***.

El otro artículo se titula (traducido del inglés) "Nueva generación de anticuerpos contra factor plaquetario 4 después de un transplante hepático de un donador con trombocitopenia trombótica inducida por vacunas" y fue escrito por Valsecchi y colaboradores. En este, reportan el caso de ***una mujer de 18 años que desarrolló VITT días después de la primera aplicación de la "vacuna" de Astrazeneca***. La receptora fue una mujer de 58 años con cirrosis hepática y que estaba completamente "vacunada" con las dosis de Pfizer/BioNTech. ***La paciente*** desarrolló ***un cuadro de trombocitopenia (sin trombósis) rápidamente después de haber sido transplantado su hígado y tenía una alta concentración de anticuerpos anti-factor plaquetario 4 (que no había tenido antes del transplante)***.

Las dos publicaciones dejan claro, implícitamente y explícitamente, algo importante a tomar en cuenta: ***puede haber*** microtrombos ***en personas que recibieron las inoculaciones, que afecten sus órganos y que incrementen el riesgo de formación de trombos en los pacientes que las reciben*** (ver aquí y aquí). El que, al menos, ***se determine la presencia de anticuerpos*** anti-FP4 ***es indispensable***. No obstante, ninguno de los dos estudios exploró la presencia de Spike "vacunal" en los tejidos ni su posible efecto en los receptores; se enfocaron únicamente en el riesgo de desarrollar VITT en personas que recibían órganos de donadores que habían muerto de VITT.

En una editorial, escrita por Tavabie y colaboradores y publicada en la revista Liver Transplantation a finales de 2021, hacen mención a la ***importancia del incremento en los reportes de trombocitopenia trombótica inmune inducida por vacunas (VITT) asociado al uso de las "vacunas" adenovirales***. ***Dado que el VITT tiene una alta tasa de*** letalidad***, los riesgos clínicos de usar órganos o tejidos derivados de donadores que tengan VITT debe, forzosamente, ser tomado en cuenta***.

¿Es seguro recibir sangre de alguien "vacunado"? Aún no hay estudios publicados al respecto. Sin embargo, los argumentos presentados en esta editorial sobre ***la precaución que debe de haber para las donaciones de órganos (en la editorial se enfocan en transplantes de hígado),*** aplican ***igual para las transfusiones sanguíneas que para los transplantes de cualquier órgano y de médula ósea***.

El riesgo ***de que ocurra VITT en un receptor se debe al mecanismo que lo ocasiona en el receptor original***: ya se sabe que se generan inmunoglobulinas G (IgG, un tipo de anticuerpo) contra factor plaquetario 4 (PF4) y se unen a esta molécula después de que el PF4 se haya unido a fragmentos del ADN del vector viral (del adenovirus de las "vacunas" de Johnson & Johnson, Astrazeneca, Cansino, Sputnik), y/o a moléculas generadas tras la exposición a la proteína Spike (esto aplicaría para cualquier "vacuna" que se basa en Spike, sea de ARNm, vectorizada o subunitaria recombiante de Spike completa). Esta unión molecular lleva a un ***incremento en el número de plaquetas y activación de linfocitos, y crea un estado de hipercoagulación, que si no es detectada a tiempo y tratada, puede ser fatal***.

Desde hace tiempo se sabe que ***cuando son transplantados órganos que contienen linfocitos B activados por procesos semejantes a VITT, como la púrpura trombocitopénica idiopática, estos "linfocitos B polizontes" pueden*** provocar ***esa enfermedad inmune tras un transplante, por ejemplo, de hígado (un órgano muy vascularizado, que contiene muchas células sanguíneas), riñón o incluso médula ósea***. En ese sentido, los autores de la editorial plantean que es ***absolutamente válida la*** preocupación ***acerca del potencial de transmisión de VITT de los donadores que tengan linfocitos B activados contra FP4 a los receptores. Ya hay estudios que han detectado anticuerpos anti-FP4 en los receptores de injertos de donadores que tuvieron VITT***.

Algo interesante de la editorial de Tavabie y colaboradores es que hablan acerca de la importancia de tener criterios establecidos en la evaluación de los donadores (que aplicarían a los donadores "vacunados" contra Covid-19, en particular de aquellos que recibieron "vacunas" vectorizadas, aunque no solamente ocurra el VITT asociado a ese tipo de "vacunas" vectorizadas), y monitoreo post-transplante diario durante siete días y espaciado durante un mes (escriben que el único país que hace este monitoreo es Inglaterra). ***Los umbrales de sospecha de VITT*** incluirían ***elevación de Dímeros D en 20%, reducción de plaquetas en 20%, formación de cualquier trombo (coágulo) nuevo, y presencia de anticuerpos anti-FP4***. Estos parámetros sanguíneos son, también, indicadores ***serios de la ocurrencia de VITT subclínico en pacientes "vacunados", y tendrían que ser utilizados para monitorear la salud de los "vacunados"***.

Por otro lado, ***sería biológicamente*** posible ***que los linfocitos B activados contra FP4, o los anticuerpos anti-FP4 presentes en la sangre de personas "vacunadas" contra Covid-19 pudieran estar*** presentes ***en la sangre de donadores "vacunados" que hayan desarrollado VITT de forma subclínica***. ***Si esto es así, entonces la recepción de esta sangre podría representar*** riesgo. Sin embargo, ***se sabe que puede ocurrir por la acción de linfocitos*** activados ***por otras causas (como ejemplo, aunque se enfoca en la transfusión de células madre sanguíneas periféricas y no en una transfusión sanguínea típica. En ese sentido, plantearía la*** hipótesis ***de que si un "vacunado" desarrolla VITT subclínico, su sangre contiene los elementos que podrían desencadenar VITT en el receptor***. Mientras se aborda experimentalmente esa posibilidad por alguien que tenga los medios y experiencia para hacerlo, sería prudente, al menos, una evaluación concienzuda en los donadores y un seguimiento estricto en los receptores. Habría que preguntarse si los bancos de sangre estarán analizando ***la presencia de anticuerpos anti-FP4 en la sangre de los donadores, o si se les solicitan análisis de un mes previo a la donación para saber los valores de Dímeros-D, fibrinógeno y cantidad de plaquetas***.

Autopsias de "vacunados"

Los profesores de patología alemanes Arne Burkhardt y Walter Lang dicen que las autopsias de personas que murieron tras la "vacunación" contra Covid hablan por sí mismas. El Dr. Arne Burkhardt enumeró sus hallazgos patológicos de diez personas mayores de 50 años a las que se les realizó la autopsia y que murieron en diferentes intervalos después de la inyección antiCovid. Burkhardt enfatizó que los resultados del examen fueron respaldados por dos patólogos. ***En cinco de los diez casos mencionados anteriormente, los dos médicos califican la conexión entre la muerte y la "vacunación" como muy probable, en dos casos como probable. Aún no se ha evaluado un caso. Los otros dos casos se clasificaron como poco claros / posibles o "más bien coincidentes***". En cuanto a las causas de muerte, Burkhardt señaló que la miocarditis linfocítica es el diagnóstico más común y es apenas detectable macroscópicamente. Incluso a menudo no se reconoce histológicamente, es decir, cuando se examina bajo el microscopio, y en determinadas circunstancias se malinterpreta como un infarto.

Hasta ahora no se había relacionado la miocarditis con los infartos, pero la evidencia histológica hace pensar de otra forma. Los médicos sospechan que otros efectos secundarios de la "vacunación" corona con posibles consecuencias de muerte son fenómenos autoinmunes, reducción de la capacidad inmunitaria, aceleración del crecimiento del cáncer, "endotelitis" por daño vascular, vasculitis, perivasculitis y "aglutinación" de eritrocitos. Burkhardt ***describió como "extremo" que entre los diez fallecidos se encontraran tres enfermedades autoinmunes muy raras, a saber, el síndrome de Sjogren, la vasculitis leucoclasmática de la piel y la enfermedad de Hashimoto***. Dijo que solo podía pensar en una cosa al ver los resultados: "***una revuelta de linfocitos", potencialmente en todos los tejidos y órganos. Se encontraron linfocitos en una amplia variedad de tejidos, como el hígado, los riñones, el bazo hasta el útero y tumores, que atacaron masivamente esos tejidos***.

El tema central de la segunda conferencia de patología celebrada por el equipo de especialistas de Reutlingen en Berlín el 4 de diciembre de 2021 fue de 15 personas que habían muerto entre siete días y seis meses después de su "vacunación" contra Covid. La conferencia de prensa de los profesores de patología alemanes Arne Burkhardt y Walter Lang, que incluyó las preocupaciones de un médico de Suecia, que sostenía que las "vacunas" podrían conducir al crecimiento acelerado del cáncer de mama.

Las 15 muertes son siete hombres y ocho mujeres que murieron entre siete días y seis meses después de su "vacunación" Covid. Sin embargo, la muerte no ocurrió en todos ellos, como se podría sospechar por los informes de los medios, en la unidad de cuidados intensivos o en el hospital. Cinco personas murieron en casa, algunas en la calle, una en el auto y otra en el trabajo. Una persona provenía de vida asistida y murió allí bajo tratamiento paliativo. En el caso de dos personas, aún se está determinando el lugar de la muerte. De las ocho personas que murieron fuera del hospital, los patólogos suponen que parecían estar "en buen estado de salud" en el momento de la "vacunación" e inmediatamente antes de la muerte y que la muerte ocurrió de repente. ***En*** 12***-***14 ***de las 15 personas, se puede suponer que la "vacunación" contribuyó a la muerte***. El diagnóstico de miocarditis fue el hallazgo más común con la víctima más joven de solo 27 años.

Los informes de daños graves a la salud y muerte relacionados con las "vacunas" actuales contra Covid-19 no se han detenido. ***Hay pruebas contundentes que apuntan a que se desarrollan tumores turbo-cancerosos después de la "vacunación" y una*** supresión ***significativa, posiblemente a largo plazo, del sistema inmunológico natural.***

La primera parte de la conferencia de patología del 20 de septiembre ya pintó un panorama sombrío con respecto a una conexión causal entre las lesiones graves y la "vacunación" contra Covid-19.

En 7 de los casos, los patólogos determinaron una conexión "muy probable" con las "vacunas", como explicó el profesor Burkhardt. ***La miocarditis linfocitaria***

fue un factor importante en casi todos los casos. A menudo se afirma que la inflamación del corazón y la miocarditis no son tan peligrosas, pero Burkhardt explicó que este no era el caso, ya que muchos pacientes mueren en 10 años.

Ya hay hasta 60 veces más efectos secundarios que con las "vacunas" anteriores.

Alrededor del 5% de los "vacunados" sufren terribles consecuencias e incluso la muerte. Burkhardt dijo que sospechaba que podría haber una conexión con inyectar las "vacunas" de ARNm directamente en los vasos sanguíneos. Las microembolias encontradas por el prof. Bergholz y su equipo son un indicio serio de que este fue realmente el caso a pesar de las afirmaciones en contrario de la OMS. Por lo tanto, hizo una incisión patológica en la parte correspondiente del cuerpo y colocó una aguja de jeringa sobre ella. Al hacerlo, mostró claramente que la aguja ciertamente podía entrar en el recipiente.

La espectrometría de masas ***se puede utilizar para leer qué proteínas participaron en la mortalidad. Este procedimiento es el estándar de oro en la delimitación de proteínas virales y es absurdo que la gente siga confiando en la inútil prueba de PCR. Con la espectroscopia de masas, también se pueden diferenciar entre diferentes supuestas variantes de Corona***, explicó el prof. Walter Lang. El equipo está esperando los resultados de Lang sobre espectrometría de masas, que estarán disponibles pronto y mostrarán el papel que desempeñaron las proteínas de pico en la mortalidad.

Resumiendo la presentación de Burkhardt, el profesor microbiólogo canadiense Dr. Michael Palmer dijo: "***Cualquiera con una formación médica verá cuán devastador puede ser el efecto de estas "vacunas"***, al menos en aquellos que mueren después de la vacunación, ahora también sabemos por qué las autoridades dudaban mucho en que se realizaran autopsias a esas víctimas".

En otra parte, Palmer ha argumentado que "***la dosis total de por vida de estas 'vacunas' de ARN mensajero que puede tolerar antes de morir es limitada***. No sabemos la cantidad exacta porque simplemente no hay suficientes datos experimentales. ***Ese es uno de los grandes escándalos de estas 'vacunas' que no se han realizado estudios de toxicidad adecuados***".

Los estudios en animales han demostrado ***claramente que el pinchazo no se queda simplemente en el lugar de la inyección. Circula ampliamente, de modo que la proteína de pico puede combinarse con receptores en muchas partes del cuerpo, y especialmente con las células que recubren nuestros vasos sanguíneos, causando coagulación y sangrado excesivo***.

Los hallazgos de Burkhardt, que destacan ***la infiltración de células inmunitarias en los tejidos donde se ha manifestado la proteína de pico inducida por la "vacuna"***, surgen a raíz de muchas advertencias de tal mecanismo y están respaldados por varios estudios que sugieren riesgos a largo plazo.

Ahondando en lo anterior, el trabajo del profesor Dr. Burkhardt también ha sido presentado en el tercer simposio de Doctors for Covid Ethics en febrero de 2022 y ***es muy*** significativo ***que el análisis macroscópico de los órganos del fallecido no permite inferir la causa del fallecimiento, siendo necesario recurrir a estudios histopatológicos, es decir, análisis microscópico de los tejidos que forman dichos órganos***.

Como mencioné anteriormente, el estudio de los 15 casos le permitió determinar que un altísimo porcentaje habían fallecido como consecuencia de la "vacuna", entre siete días y seis meses después de la inoculación (aquí es preciso recordar que Pfizer finalizó de manera sorpresiva su estudio clínico postcomercialización a los seis meses, cuando empezaba a observarse más fallecidos en el grupo "vacuna" que en el grupo control). Dichos casos tenían edades comprendidas entre los 27 y los 95 años. La mayoría habían muerto en casa o en el hospital y alguno en la calle o en el coche y ***las "vacunas" que se habían puesto en su mayoría estas personas eran las de ARNm (Pfizer y Moderna)***.

Las lesiones se encontraron ***principalmente en los vasos sanguíneos (endotelio y pared vascular) de todo tipo de vasos: grandes arterias y arteriolas pequeñas, venas y vasos intraorgánicos de corazón, pulmón y cerebro. Además pudo*** observar ***un fuerte ataque autoinmune a dichos órganos y varios otros más, ocasionado por infiltración linfocitaria de los mismos, así como una intensa reacción linfocítica en bazo y ganglios linfáticos***.

Para comprobar qué podía ocasionar dicho autoataque linfocitario desarrolló una técnica de enzimoinmunohistoquímica, es decir, una reacción inmunológica mediante anticuerpos específicos de la proteína espiga o proteína de punta del coronavirus (recordemos que es la proteína que nuestras células producirán como consecuencia de la información que las "vacunas" génicas de la Covid proporcionan) y que en caso de estar presente en las lesiones se teñirá de un color pardo por el efecto de un enzima y su sustrato acoplado a un segundo anticuerpo específico. Pues bien, pudo comprobar que, efectivamente, ***había una fuerte expresión de dicha proteína en las lesiones encontradas en los vasos sanguíneos, en los que provoca una fuerte inflamación y la formación de trombos, que pueden*** ocasionar ***infartos, ictus y embolias pulmonares, además de trombosis de los miembros***.

También observó una ***intensa expresión de proteína espiga en el bazo y lesiones en sus arterias y arteriolas similares a las*** producidas ***por enfermedades autoinmunes graves como el lupus eritematoso (capas de piel de cebolla), además de la*** característica ***infiltración linfocitaria que, en alguno de los casos, era compatible con lo que ocurre en los linfomas***.

Otro órgano con fuerte expresión ***de dicha proteína es el corazón, donde no solamente se expresa en sus vasos sanguíneos (arterias y venas coronarias) sino también en las propias células musculares del órgano,*** ocasionando ***la característica inflamación por infiltración linfocitaria compatible con las frecuentes miocarditis que estas inoculaciones están***

produciendo. Y lo peor es que comprobó ***la necrosis o muerte celular de células miocárdicas por lo que estas miocarditis dejarán una cicatriz*** permanente ***en el corazón aunque no produzcan la muerte, algo absolutamente inadmisible en el caso de personas jóvenes y sanas que, además, no sufren de Covid grave***.

Otros destacados órganos que sufren el mismo tipo de lesiones inflamatorias por infiltración linfocitaria son el pulmón, donde se produce ***un cuadro clínico de alveolitis similar a la patología respiratoria que se achaca a la Covid*** y el cerebro, donde observó ***lesiones inflamatorias de meningitis, encefalitis y necrosis de la glándula hipófisis. Finalmente halló también*** lesiones ***del mismo tipo muy frecuentemente en la arteria aorta y otros grandes vasos así como en riñón, tiroides, glándulas salivares, hígado, testículo y piel***.

Por otro lado, en una autopsia cuyo objetivo fue examinar los hallazgos cardíacos microscópicos en muertes de adolescentes que ocurrieron poco después de la administración de la segunda dosis de Pfizer-BioNTech Covid-19 para determinar si la "miocarditis" descrita en estos casos tiene la histopatología típica de la miocarditis; encontraron que ***la lesión miocárdica observada en estos corazones postvacunales es diferente de la miocarditis típica y tiene un aspecto muy parecido a una miocardiopatía de estrés (tóxica) mediada por catecolaminas***. En las conclusiones de su informe, exponen que comprender que ***estos casos son diferentes de la miocarditis típica y que la tormenta de citoquinas tiene un circuito de retroalimentación conocido con las catecolaminas*** puede ayudar a guiar la detección y la terapia.

Aquí podemos encontrar fotos de microscopía de coágulos de sangre extraídos de aquellos que "murieron repentinamente": ***estructuras cristalinas, nanocables, partículas calcáreas y estructuras fibrosas***.

Estos coágulos a menudo se denominan "coágulos de sangre", pero no se parecen ***en nada a los coágulos normales y consisten en mucho más que simples células sanguíneas. A diferencia de los coágulos normales que son "gelatinosos", estos llamados "coágulos"*** contienen ***elementos estructurales repetitivos extremadamente grandes y complejos que claramente se están construyendo en la sangre de las víctimas que murieron a causa de estos coágulos***.

Todos estos coágulos fueron extraídos ***de los pacientes a las pocas horas de su muerte. Estos no son el resultado de estasis de sangre post-mortem. Estas son estructuras que se*** encuentran ***en los vasos sanguíneos y las arterias.*** No son ***sangre coagulada***.

Las personas a las que se les han inyectado instrucciones de ARNm pueden estar construyendo ***estas estructuras fibrosas dentro de sus cuerpos*** en este mismo momento, por tanto, ***puede ser solo*** cuestión de tiempo ***antes de que bloqueen las arterias principales o*** provoquen ***ataques cardíacos, derrames cerebrales u otros problemas agudos; causas del "Síndrome de Muerte Súbita del Adulto" (SADS). Estas estructuras***

pueden muy bien* explicar *por qué tantos adultos aparentemente sanos están muriendo repentinamente.

Se ha publicado un vídeo y también algún artículo en homenaje a las víctimas de las "vacunas" y me gustaría recordarlos (1) (2) (3); **en señal de profundo respeto. De igual forma, también, me gustaría recordar a todas aquellas personas que aunque no han muerto, sí han sufrido las terribles consecuencias de inyectarse los sueros experimentales y que han visto como su vida** se ha convertido en un infierno (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7). En este enlace a un canal de una publicación digital, podemos ver y escuchar los testimonios de médicos y afectados por las "vacunas".

Errores en la administración de las "vacunas" de ARNm

El Dr. John Campbell habla sobre la investigación que demuestra que **administrar la "vacuna" antiCovid de ARNm por vía intravenosa, puede inducir la miopericarditis aguda en ratones**. Resulta que la mayoría del personal de salud en el Reino Unido y los Estados Unidos **han administrado de forma incorrecta las "vacunas" antiCovid, lo que incrementa el riesgo de efectos secundarios graves, como inflamación cardíaca**.

Al administrar una inyección por vía intramuscular, se supone que debe entrar por el músculo y no por la vena o vaso sanguíneo. Para asegurarse de que llegue al vaso sanguíneo, se debe aspirar un poco la jeringa antes de inyectar el líquido, esto para asegurarse de que la aguja no esté en un vaso sanguíneo.

Si sale sangre al aspirar, significa que algo anda mal, ya que la aguja está en un vaso sanguíneo. En ese caso, se debe sacar la aguja y buscar otra área para inyectar. Pero no lo están haciendo. **No aspirar la jeringa para asegurarse de que la inyección no ingrese al torrente sanguíneo podría causar lesiones graves**. Deben "hacer algo al respecto".

Campbell menciona un estudio revisado por pares que se publicó a mediados de agosto de 2021 en la revista Clinical Infectious Diseases, en el que los investigadores reconocieron que **la miocarditis y la pericarditis son efectos secundarios conocidos de las "vacunas" antiCovid de ARNm**, por lo que querían determinar si el método de inyección podría estar detrás de todo esto.

Para descubrirlo, administraron una "vacuna" de ARNm por vía intravenosa a un grupo de ratones y por vía intramuscular a otro. Un tercer y cuarto grupo recibieron inyecciones de solución salina normal (placebo) por vía intravenosa e intramuscular.

Después, compararon las manifestaciones clínicas, los signos de enfermedad en varios tejidos, la expresión del ARNm en los tejidos y los niveles de citoquina y troponina. Las citoquinas participan en el proceso inflamatorio, además, son importantes moléculas de señalización.

Los niveles de citoquinas incrementan con la inflamación y cuando se liberan de forma descontrolada, termina con lo que se conoce como una tormenta de citoquinas, la cual puede ser mortal. Mientras que la troponina es un marcador de daño cardíaco. Sus niveles indican el riesgo de sufrir un ataque cardíaco.

Aunque ambos métodos se relacionaron con efectos secundarios, solo los ratones que se inyectaron por vía intravenosa desarrollaron miopericarditis, es decir, inflamación del corazón o del saco cardíaco. Según los autores:

"A pesar de que se encontró una pérdida de peso significativa y niveles elevados de citoquinas/quimiocinas en el grupo IM [inyección por vía intramuscular], entre 1 y 2 días después de la inyección (dpi), solo el grupo IV [inyección por vía intravenosa] desarrolló cambios histopatológicos de miopericarditis como degeneración de cardiomiocitos, apoptosis, necrosis con infiltración de células inflamatorias adyacentes y depósitos de calcio en el pericardio visceral, pero no hubo evidencia de problemas en las arterias coronarias u otras patologías cardíacas.

A través de la inmunotinción se llegó a encontrar expresión del antígeno Spike de SARS-CoV-2 en células inmunológicas infiltrantes en el corazón o en el sitio de inyección, en los cardiomiocitos y en las células endoteliales vasculares intracardíacas, pero no en los miocitos esqueléticos.

Tras recibir la primera dosis por vía intravenosa, persistieron los cambios histológicos de la miopericarditis durante 2 semanas y se agravaron de manera notable con una segunda dosis de refuerzo por vía intramuscular o intravenosa.

La expresión del ARNm en el tejido cardíaco de IL-1β, IFN-β, IL-6 y TNF-α incrementó de forma significativa de 1 ppp a 2 ppp en el grupo IV, pero no en el grupo IM, lo que coincidió con la presencia de miopericarditis en el grupo IV. El grupo IV presentó de manera constante degeneración en globo de los hepatocitos".

Como señaló Campbell, **administrar la "vacuna" de ARNm por vía intravenosa indujo una "patología muy visible en el corazón", que incluyó degeneración visible, apoptosis y necrosis (muerte celular) de las células del músculo cardíaco**.

Por supuesto que, si las células cardíacas están dañadas, su corazón no podrá contraerse de manera adecuada y este daño será permanente, ya que, a diferencia de muchos otros tejidos, las células del corazón no se regeneran.

Además, **el tejido cardíaco dañado o perdido se remplaza con tejido cicatricial, lo que inhibe la contracción muscular de forma permanente. Administrar la "vacuna" de ARNm por vía intravenosa también provocó depósitos de calcio en la capa interna (visceral) del pericardio**.

Cuando un tejido se lesiona, puede calcificarse y la calcificación del pericardio visceral es una prueba más de daño cardíaco. Dado que el pericardio rodea su corazón, el cual necesita expandirse y contraerse para seguir con vida, la calcificación (endurecimiento) de este saco protector puede tener un efecto devastador en su salud. Cuando esto ocurre, puede desarrollar pericarditis restrictiva, que a su vez puede provocar insuficiencia cardíaca diastólica.

Los investigadores también **encontraron el antígeno Spike de la Covid en el interior de: células inmunológicas que se encuentran en el corazón, Cardiomiocitos y células endoteliales vasculares intracardíacas**.

"Esto significa que, debido a que la 'vacuna' se administró por vía intravenosa, el ARN que produce la proteína de Spike pasó a través de su torrente sanguíneo y entró a las células del miocardio. Las células del miocardio producen la proteína Spike y la expresan en su superficie celular.

Es obvio que la proteína Spike es una proteína extraña, por lo que las células inmunológicas del cuerpo dicen: '¡Oh mira, una proteína extraña!' y **la atacan, atacan la célula, y eso es lo que causa la inflamación, los miocitos en el miocardio**".

Así que también **se encontró el antígeno Spike y, por lo tanto, inflamación en las células endoteliales vasculares intracardíacas**, es decir, las células que recubren los vasos sanguíneos del corazón. **Este daño es lo que provoca los coágulos sanguíneos.**

Campbell también sospecha de **otros efectos secundarios graves, como la púrpura trombocitopenia trombótica inmunológica inducida por la vacuna** (VITT) que podría deberse al error de administrar las "vacunas" antiCovid en el torrente sanguíneo.

Después de administrar por vía intravenosa la primera dosis de la "vacuna" de ARNm, los cambios relacionados con la miocarditis persistieron durante dos semanas. El daño se "agravó de forma notable" tras recibir la segunda dosis, ya sea por vía intravenosa o intramuscular.

En otras palabras, **si la primera dosis se administra de forma incorrecta en el torrente sanguíneo, incluso si la segunda dosis se administra de forma correcta en el músculo, el daño cardíaco incrementa de manera significativa después de recibir la segunda dosis**.

"Y claro que esto es exactamente lo que estamos viendo", dijo Campbell. "Hay más miopericarditis después de recibir la segunda dosis de refuerzo que después de la primera. Eso es justo lo que sucedió en este estudio, necesitamos hacer algo al respecto".

Los investigadores también descubrieron citoquinas en el tejido cardíaco de los animales que se inyectaron por vía intravenosa, que incluyeron la interleucina (IL) -1 beta, IL-6, interferón beta y factor de necrosis tumoral (TNF) alfa. Todas

estas citoquinas causan inflamación y es obvio que la inflamación cardíaca representa un riesgo grave para la salud.

Aunque es importante señalar que los ratones que recibieron inyecciones por vía intramuscular tenían mayores niveles de citoquinas que los del grupo IV, lo que significa que había inflamación sin importar el método de inyección.

Los ratones que recibieron la inyección por vía intravenosa también tenían "degeneración en globo de los hepatocitos", que son células hepáticas que también sufrieron daños importantes. Aunque todos los demás órganos "parecían normales" en todos los grupos. Todos estos hallazgos hicieron que los investigadores concluyeran lo siguiente:

"Administrar las 'vacunas' antiCovid de ARNm por vía intravenosa puede inducir miopericarditis. Aspirar un poco la jeringa antes de inyectar podría ser una forma de reducir este riesgo".

Como señaló Campbell, "tanto Pfizer/BioNTech como Moderna dejaron claro que sus 'vacunas' solo deben administrarse por vía intramuscular, no intravenosa", entonces, ¿por qué las autoridades sanitarias no se aseguran de que las 'vacunas' se administren de forma correcta? Es algo totalmente inaceptable", dijo.

De manera sorprendente, **el Reino Unido, los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud especifican que NO se debe aspirar la aguja**, ya que eso ayudará a minimizar el dolor relacionado con la inyección. "Es increíble", dijo Campbell, ya que **estas directrices están causando lesiones que podrían prevenirse**.

Según Campbell, **las "vacunas" antiCovid de adenovirus también deben administrarse por vía intramuscular y no por vía intravenosa**. En este caso, **el mayor riesgo parece ser la trombocitopenia (bajo recuento de plaquetas, lo que provoca una hemorragia descontrolada)**.

Campbell menciona un artículo de 2007 que analizó la trombocitopenia inducida por el adenovirus y llegaron a la conclusión de que al inyectar los vectores de transferencia de genes adenovirales, en la vena de la cola de los ratones, se produce trombocitopenia.

Consentimiento informado

Con el programa de "vacunación" masiva puesto en marcha ya desde hace bastante tiempo, estamos escuchando más y más informes que sugieren que este derecho fundamental y requisito legal no se ha respetado. La gran mayoría de las personas simplemente no tienen la oportunidad de ejercer este derecho que es un principio fundamental de la ética médica y central para el concepto de autonomía del paciente. Es probable que la mayoría de las personas ni siquiera sepan qué información deberían poder recibir antes de la "vacunación".

El verdadero problema no es con el consentimiento en sí, sino con la información que debería preceder a la emisión del consentimiento. Para que el consentimiento sea válido necesitas 3 cosas:

- Debe darse voluntariamente, sin coerción ni engaño.
- Debe ser dado por un individuo que tiene capacidad mental.
- ANTES de dar su consentimiento, una persona debe haber sido completamente informada sobre el tema. Eso incluye estar informado sobre cuáles son los riesgos y beneficios del tratamiento o la "vacunación", así como los riesgos y beneficios de no recibir el tratamiento o la "vacunación", y qué opciones alternativas podrían estar disponibles.

Las autoridades sanitarias de todo el mundo siguen afirmando que las "vacunas" contra la Covid-19 son "seguras". Sin embargo, según el diccionario, esto significa que: "Algo que es seguro no causa daño físico o peligro". Las afirmaciones "seguras" son hechas rutinariamente por organizaciones como el NHSdel Reino Unido, los Centros para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud.

Como ya hemos comprobado, la supuesta seguridad de las "vacunas" que nos quieren vender todos los días, no existe; los datos de las bases de datos oficiales referentes a muertes y eventos adversos ocasionados por los sueros experimentales, dicen que no son seguras y tampoco eficaces.

Incluso si se puede argumentar que las reclamaciones de seguridad existentes, las campañas publicitarias o la presión de algunos sectores de las profesiones de la salud no son coercitivas ni engañosas, es en este último requisito previo con respecto a la provisión de información donde los programas de vacunación masiva generalmente se quedan cortos.

Dada la falta de transparencia de las "vacunas", los propios "vacunadores" podrían no estar debidamente informados, por lo que generalmente no están en condiciones de ofrecer información precisa que pueda estar disponible para el público. Habría que decir, que **lo honrado sería que si realmente no conocen lo que los sueros pueden ocasionar a corto, medio o largo plazo; lo mejor que éticamente podrían hacer en honor a la defensa de la salud de los pacientes, es no colaborar de ninguna forma en las inoculaciones**, sin embargo, esto no está sucediendo. Tampoco debemos de olvidar, que en España, no puede haber pinchazo sin prescripción médica, no obstante, no paramos de ver a médicos y sanitarios recomendar la "vacunación" por activa y por pasiva.

La información que debe comunicarse libremente incluye el hecho de que las "vacunas" son experimentales y no probadas. Aquellos que consideren dar su consentimiento deben ser informados sobre la dependencia de las "vacunas" de la biología sintética que nunca se ha probado a escala. También debe de incluir información sobre los riesgos y beneficios conocidos de los ensayos de Fase 3, y sobre que estos ensayos aún están en curso y algunos no estarán completos todavía durante un tiempo.

En pocas palabras, sin transparencia de la “vacuna”, el consentimiento informado simplemente no es posible. Lo mínimo que debemos esperar es que cada persona pueda leer el folleto de información del producto acordado entre los fabricantes de “vacunas” y los reguladores, antes de dar su consentimiento. Incluso esto no está sucediendo. Donde se da la información, si acaso se entrega algo a las personas, se hace como un gesto pasajero sin importancia, como una especie de falsa formalidad y encima, se hace después de la “vacunación”, nunca antes.

La ley sobre el consentimiento informado, presente en casi todas las jurisdicciones, constituye uno de los ejes centrales de la ética médica que es la base para la práctica de la "buena medicina" en las sociedades civilizadas y democratizadas.

“La comprensión por parte del paciente es una parte fundamental del cumplimiento de los estándares de ética médica del consentimiento informado en los diseños de los estudios", escriben los doctores Timothy Cardozo y Ronald Veazey en un estudio titulado” Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of Covid-19 vaccines worsening clinical disease” (386). El objetivo del estudio fue determinar si existe suficiente literatura para exigir a los médicos que revelen el riesgo específico de que las “vacunas” Covid-19, puedan empeorar la enfermedad tras la exposición al virus circulante. Se revisó la literatura publicada para identificar evidencias preclínicas y clínicas de que las “vacunas” Covid-19 podrían empeorar la enfermedad tras la exposición al virus. Se revisaron los protocolos de ensayos clínicos para las “vacunas” Covid-19 para determinar si los riesgos se divulgaron adecuadamente.

Resultados del estudio

Las “vacunas” Covid-19 diseñadas para provocar anticuerpos neutralizantes, **pueden sensibilizar a los receptores de la “vacuna” a una enfermedad más grave que si no estuvieran “vacunados”.**

Las vacunas para el SARS, MERS y RSV nunca han sido aprobadas, y **los datos generados en el desarrollo y prueba de estas vacunas sugieren una seria preocupación mecanicista**: **que las vacunas diseñadas empíricamente usando el enfoque tradicional** (que consiste en la proteína Spike del coronavirus no modificada o mínimamente modificada para provocar anticuerpos neutralizantes), **ya sean compuestos de proteína, vector viral, ADN o ARN e independientemente del método de administración, pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de la potenciación dependiente de anticuerpos (ADE)**.

Este riesgo está lo suficientemente oculto en los protocolos de los ensayos clínicos y los formularios de consentimiento para los ensayos en curso de la “vacuna” Covid-19, que es poco probable que se produzca una comprensión adecuada de este riesgo por parte del paciente, obviando el consentimiento verdaderamente informado de los sujetos de estos ensayos.

Conclusiones extraídas del estudio e implicaciones clínicas

El riesgo específico y significativo de Covid-19 a través de la ADE, debería haber sido y debería ser divulgado de manera prominente e independiente a los sujetos de investigación que se encuentran actualmente en ensayos de "vacunas", así como a aquellos que están siendo reclutados para los ensayos y futuros pacientes después de la aprobación de la "vacuna", con el fin de cumplir con el estándar de ética médica de comprensión del paciente para el consentimiento informado.

En relación a esto, el gobierno japones ordenó etiquetar las "vacunas" contra el coronavirus para advertir de los efectos adversos. Además, también exige que en los 28 días siguientes a las inyecciones se notifiquen oficialmente los efectos adversos para estudiarlos y poner remedio a los mismos. Hace hincapié en el consentimiento informado y la autonomía sanitaria del candidato, que desde 1945 eran pilares de la medicina en la mayor parte de los países del mundo. Las empresas farmacéuticas deben instar a los candidatos a que consulten a su médico antes de inyectarse.

El gobierno japonés está especialmente preocupado por el riesgo de miocarditis en hombres jóvenes a los que se les han inyectado las "vacunas" de Pfizer o Moderna.

El sitio web del Ministerio de Sanidad japonés anima a los ciudadanos a "vacunarse". Sin embargo, subraya que no es obligatoria: "Aunque animamos a todos los ciudadanos a que reciban la 'vacuna' Covid-19, no es obligatoria. ***La 'vacunación' sólo se llevará a cabo con el consentimiento de la persona que vaya a ser 'vacunada' después de que se le haya proporcionado información***", dice la web.

Además, el gobierno recomienda que quienes consideren la posibilidad de "vacunarse" piensen detenidamente tanto en su eficacia como en sus efectos secundarios: "Le rogamos que se 'vacune' por iniciativa propia, ***comprendiendo tanto la eficacia de la prevención de enfermedades infecciosas como el riesgo de efectos secundarios. No se llevará a cabo ninguna 'vacunación' sin el consentimiento***".

Las empresas no pueden obligar a los trabajadores a "vacunarse". Los trabajadores tampoco pueden discriminar a los que rechazan las inyecciones: "***Por favor, no obligues a nadie en tu lugar de trabajo o en tu círculo a 'vacunarse', y no discrimines a los que no se han 'vacunado***'", dicen los anuncios oficiales.

El gobierno emitió instrucciones para tramitar las quejas si se discrimina a alguna persona en el lugar de trabajo en relación con las "vacunas".

La política nipona contrasta con otros países, como España, donde se minimizan los efectos adversos y se niega su vínculo con las "vacunas", a fin de promocionar una "vacunación" masiva e indiscriminada.

Después de reflexionar mucho sobre este tema, el Dr. Bhakdi está convencido de que deben ponerle un alto a esta campaña de "vacunación".

"***Las 'vacunas' a base de genes representan un peligro grave para la humanidad y su uso viola el código de Núremberg***, por lo que todos los que promueven su uso deberían comparecer ante un tribunal".

"Pero '***vacunar' niños, eso sí que es algo muy criminal***, tanto que no tengo palabras para describirlo. ***Nos preocupa mucho que produzca un impacto negativo en la fertilidad***. Y las consecuencias surgirán dentro de años o incluso décadas a partir de este momento. Y este podría ser el peor crimen jamás visto en la historia de la humanidad.

Como todos sabemos, el ***código de Núremberg establece*** que, en caso de que se vayan a realizar experimentos en humanos, esto solo se puede realizar con el consentimiento informado. Significa que ***la persona a "vacunar" debe estar informada sobre todos los riesgos, la proporción entre riesgo-beneficio, los peligros potenciales y lo que se sabe sobre los efectos secundarios***. Esto no se puede hacer con los niños, porque los niños no están en condiciones de entenderlo.

Por lo tanto, no pueden dar su consentimiento informado. Así que no deberían "vacunarlos". Al hacerlo, cometen un crimen. Si los adultos han sido informados y quieren "vacunarse", está bien. Pero no pueden obligar a nadie a recibir la "vacuna". "Solo puede hacerse bajo el consentimiento informado".

"Negacionistas"

En muchos medios de comunicación se ha hablado de que el número de "negacionistas" de las mal llamadas "vacunas", es un porcentaje ínfimo, un 3% según ellos. Vamos a demostrar, que es un nuevo error del discurso oficial. Los datos reales independientes (no condicionados por los distintos gobiernos), fueron expuestos ya en mayo del 21, en un macroanálisis a nivel mundial:

En el primer año completo de la pandemia de Covid-19, ***un 32% de los adultos a nivel mundial, o 1300 millones de personas, no se "vacunarían"***, el 68% dijeron que estarían de acuerdo en "vacunarse" si una "vacuna" contra el coronavirus estuviera disponible para ellos sin costo alguno. Sin embargo, al igual que el número mundial, en la mayoría de los países, los porcentajes no alcanzaron el 70% estimado que, según algunos expertos, sería necesario vacunar para lograr la inmunidad colectiva en una población. Lo que es más importante, ***si todos los que dijeron que estaban dispuestos a recibir la "vacuna" contra el coronavirus realmente lo hicieran, solo 38 de los 116 países y áreas que se analizaron durante la segunda mitad de 2020, alcanzarían el umbral mínimo estimado del 70% para lograr la inmunidad colectiva. Solo un país, Myanmar, superaría la estimación más alta del 90%***. Si observamos la prensa independiente, encontramos que los datos "oficiales", no cuadran con la realidad (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27),

incluso, el Dr. Raúl Ortiz de Lejarazu, reconoció que es bastante grande el número de los llamados "negacionistas" (también llamados "antivacunas") a nivel mundial.

Un estudio del Imperial College de Londres hecho en junio de 2021, basado en encuestas a más de 68 000 personas de 15 países-estados, analizó el porcentaje de personas que en cada país mostraba confianza en los sueros. Los países-estados incluidos en el estudio fueron: Reino Unido (87%), Israel (83%), Italia (81%), España (78%), Suecia (74%), Dinamarca (74%), Noruega (72%), Canadá (71%), Singapur (70%), Alemania (63%), Estados Unidos (62%), Australia (59%), Francia (56%), Japón (47%) y Corea del Sur (47%). La media fue de 68.3%, que sigue estando acorde con el macroanálisis mencionado anteriormente.

En países como Rumanía y Bulgaria, a mediados del 21 había un rechazo generalizado a los sueros experimentales y los datos de contagios eran mucho mejores que los de países con una tasa alta de "vacunación", de tal forma que los respectivos gobiernos se iban a deshacer de las "vacunas" sobrantes. Contrariamente a las expectativas fuertemente promovidas por políticos, medios de comunicación y establecimientos de salud pública, los búlgaros y rumanos vieron un número bajo de infecciones Covid-19 el verano de ese año, mientras continuaron negándose a recibir las "vacunas". De hecho, los dos países tenían algunas de las tasas más bajas de infecciones por Covid por cada 100 000 personas en Europa, según un análisis estadístico de países europeos del 22 de agosto.

La tasa de "vacunación" en aquel momento en Rumanía era la mitad en comparación con la de Bulgaria (0.13 "vacunas" por cada 100 habitantes de media en los últimos siete días) y 7.5 veces más baja que la media de la UE (0.45 "vacunas" por cada 100 habitantes)", según Romania Insider. En el extremo opuesto, Dinamarca había administrado 0.94 dosis de "vacuna" por cada 100 habitantes en promedio durante los últimos siete días". Las tasas de "vacunación" de Bulgaria y Rumanía desde la publicación de la "vacuna" en 2020 no eran significativamente diferentes.

Durante el verano, la tasa de vacunación del 25% de Rumania no la llevó a experimentar un aumento en las infecciones. Las autoridades decían que Rumanía había recibido más de 16 millones de dosis de varias "vacunas" fabricadas en occidente, pero se utilizaron menos del 55%, ya que el número de "vacunas" administradas diariamente se había reducido a alrededor de 20 000 desde 100 000 el mes anterior. Una tasa de infección en desaceleración debilitó el ímpetu de algunos en Rumania para "vacunarse": solo se informaron 31 nuevos casos de Covid-19 y cinco muertes en la última semana de julio lo que se sumaba a un total nacional de 1.08 millones de infecciones y 33 786 muertes. La semana del 5 de julio vio un mínimo de 285 casos confirmados. Si bien las últimas semanas de agosto experimentaron un aumento a casi 4000 casos en una semana, seguía siendo mucho más bajo que las tasas de prevacunación y los primeros meses de 2021. El 29 de marzo vio 38 000 casos confirmados de Covid y las infecciones continuaron disminuyendo durante la primavera.

Rumania cerró sus centros de “vacunación” debido a que la gente se había negado a recibir inyecciones experimentales. La disminución de la demanda de “vacunas” contra el coronavirus en Rumania llevó a las autoridades a cerrar 117 centros de vacunación y reducir el calendario a otros 371. “En la semana anterior, reevaluamos la eficiencia de los centros de ‘vacunación’ fijos. Alrededor del 80% de los centros de ‘vacunación’ fijos ‘vacunan’ menos del 25% de la capacidad de ‘vacunación’ asignada a cada corriente”, dijo el jefe del comité nacional de vacunación, Valeriu Gheorghita, en una conferencia de prensa.

Los líderes políticos búlgaros tampoco convencieron a sus ciudadanos para que recibieran la “vacuna”. El país también experimentó un verano suave, con una disminución de las infecciones durante la primavera. A mediados de agosto del 21, solo el 16% de su población adulta se consideraba completamente “vacunada”. “A día 14 de agosto, el 20.1% de la población adulta en Bulgaria había recibido al menos una dosis de la “vacuna” contra Covid-19 y el 18.2% estába doblemente “vacunado”, según muestran los datos del Portal de información de coronavirus único. La mayoría de los meses de ese verano vieron menos de 1000 casos confirmados semanales de Covid. En Corea del norte, tampoco querían “vacunas", le ofrecieron tres millones de “vacunas” chinas Sinovac del fondo Covax y las rechazó. El gobierno norcoreano expresó sus dudas sobre la eficacia de las “vacunas” contra el coronavirus. Los medios de comunicación públicos informaban con frecuencia de incidentes en Estados Unidos y Europa en los que las personas “vacunadas” tuvieron reacciones adversas. Hasta el 19 de agosto, el país asiático no había registrado ningún caso de coronavirus, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según se desprende de un estudio, si analizamos las causas de que existan esos “negacionistas", encontramos que claramente son razones científicas, hay una gran diferencia entre dichos “negacionistas" y los “covidianos"; los primeros, se cuestionan el discurso oficial y buscan fuentes de información científicas e independientes, no sujetas a condicionamientos de ninguna clase, que confirmen o desmientan dicho discurso. Los segundos, creen lo que dicen los medios de comunicación y no se cuestionan absolutamente nada. Evidentemente, esos “negacionistas", son los únicos que disponen de información real y con base científica contrastada; así por ejemplo, en Estados Unidos el 53% de los no “vacunados”, creen que las “vacunas” son más peligrosas que el virus, ese pensamiento es compartido por un 7% de los “vacunados” y por un 34% de los indecisos. Como se puede observar, cuanto más “negacionista", más cerca están de la realidad que demuestran los datos de fallecimientos y nuevos contagios.

Otro de los dogmas del discurso oficial, es que los “negacionistas”, son personas de una inteligencia limitada y escasa titulación. Vamos a demostrar, que esta consideración, también es errónea:

En un nuevo estudio, de investigadores de la Universidad Carnegie Mellon y la Universidad de Pittsburgh descubrieron que los estadounidenses con mayor nivel educativo, son también los que más vacilan en cuanto a “vacunas”. Encuestaron a no menos de 5 millones de estadounidenses que respondieron a encuestas sobre si "probablemente" o "definitivamente no planeaban recibir una vacuna Covid".

Lo más "sorprendente" es el desglose de la vacilación por las "vacunas" por nivel de educación. ***Encuentran que la asociación entre la vacilación y el nivel de educación sigue una curva en forma de U con la vacilación más alta en los más educados. Las personas con bajo nivel académico, tenían la menor vacilación, y la mayor vacilación se encontraba entre los que tenían un doctorado***.

***Además, mientras que la mayor caída en la vacilación por las vacunas durante los primeros cinco meses de 2021, se daba entre los que presentaban nivel académico más bajo; los menos propensos a cambiar de opinión, fueron los que tenían un doctorado*.** El estudio también revela que la preocupación más común para aquellos que dudan en tomar la vacuna, son los posibles efectos secundarios, con la falta de confianza en el gobierno en segundo lugar.

Los resultados de la investigación desacreditan por completo la idea, amplificada por las narrativas de los medios, de que solo las personas "tontas" dudan en "vacunarse". También demuele la caracterización de algunos elitistas que consideran como "sofisticados" a todos los vacunados". ***Por tanto, según se desprende de estos estudios, las personas más inteligentes, las de mayor nivel académico, las menos volubles de opinión y las mejor informadas científicamente; están entre los "negacionistas"***. Otro punto más de la retórica dogmática del discurso oficial, que se constata que es erróneo.

Si los que rechazan las "vacunas" son "ignorantes", ¿por qué se cuentan entre ellos miles de trabajadores de la salud?

Aquellos que se oponen a las "vacunas" Covid son ridiculizados rutinariamente como ignorantes, egoístas, estúpidos e incluso malvados, incluso cuando el número de trabajadores de la salud (incluidos aquellos con experiencia íntima y de primera mano con el coronavirus) que se pronuncian en contra de los mandatos de las "vacunas", continúa aumentando.

Este fenómeno se ha observado en varios estudios, incluido uno realizado por investigadores del Grupo Delphi en la Universidad Carnegie Mellon, que encontró que **el 20.5% de los asistentes médicos, técnicos de emergencias médicas y asistentes de atención domiciliaria, de enfermería, psiquiátricos o de cuidados personales, se opusieron personalmente a la "vacuna" Covid**.

Con los mandatos de "vacunas" muchos trabajadores de la salud han renunciado o perdido sus trabajos, terminando décadas de carrera en medio de la decepción y la desilusión.

Uno de esos médicos es la Dra. Rochagné Kilian, que trabaja en la sala de emergencias de un hospital en Owen Sound, Ontario. La Dra. Kilian participó recientemente en una reunión en línea organizada por Gary Sims, presidente y director ejecutivo del Hospital de Servicios de Salud Gray Bruce en Ontario, Canadá. La discusión se centró en el personal y los mandatos de "vacunas".

Sims habló sobre cómo los "no vacunados" llenaban las camas de los hospitales y expresó su preocupación de que pronto se necesitarían más camas "pediátricas", porque la mayoría de los niños no están “vacunados”. La Dra. Kilian le pidió a Sims datos para respaldar su declaración y le dijeron que los datos eran "privados". En una entrevista que más tarde concedió al programa Iron Will, la Dra. Kilian cuestionó la narrativa de Sims y reveló que alrededor del 80% de los pacientes que estaba viendo en la sala de emergencias tenían "doblemente vacunados". "¿A cuántas personas vamos a matar si seguimos esta narrativa?" ella preguntó.

En un vídeo, la Dra. Kilian ***denuncia el preocupante aumento de los niveles de dímero D en pacientes después de recibir una “vacuna” contra la Covid-19***. En el vídeo, detallado y bien referenciado, ***explica el fenómeno de lamicrocoagulación y por qué esto demuestra el probable desarrollo de un trastorno autoinmune***. Fue publicado por la Canadian Covid Care Alliance el pasado 31 de octubre de 2021.

Una prueba de dímero D es un análisis de sangre que se puede utilizar para ayudar a descartar la presencia de un coágulo de sangre grave o microcoágulos de sangre. La prueba busca dímero D en sangre. ***El dímero D es un fragmento de proteína (pieza pequeña) que se forma*** cuando ***un coágulo de sangre se disuelve en su cuerpo***. Se usa comúnmente para diagnosticar varios trastornos de la coagulación sanguínea como la trombosis venosa profunda (TVP), que es un coágulo de sangre que se encuentra en lo profundo de una vena.

La Dra. Mollie James es médica de la UCI, o más bien lo era, hasta que renunció en protesta contra los mandatos de “vacunas”.

"Estoy retrocediendo porque los hospitales tienen un compromiso absoluto de seguir los datos", dijo a Realclearpolitics. “***Ignorar la inmunidad natural en una discusión sobre ‘vacunas’ es simplemente un delito***. Mucha gente que se opone a los mandatos, o que no está interesada en una vacuna, está en mi situación donde nos enfermamos cuidando pacientes. ***Tenemos una inmunidad natural que ha demostrado ser amplia y duradera***; de hecho, eso nos ha puesto en mayor riesgo de recibir la vacuna. Cuidé a un paciente que tenía una infección. Esperó los 90 días que se recomiendan para ‘vacunarse’ y se presentó en mi UCI 24 horas después con un paro cardíaco. Así que personalmente he visto las implicaciones de tener una ‘vacuna’ después de una infección natural y eso no me interesa”.

John Matland, de Nueva York, es, o más bien fue, un experto en tecnología de tomografía computarizada que trabajó con pacientes con coronavirus durante meses durante los días más duros de la supuesta epidemia.

“No soy un anti-vacunas. Me he puesto la vacuna contra la gripe”, le dijo a National Review. "Para mí, es específicamente la oscuridad y el silencio en torno a la información que está surgiendo sobre estas ‘vacunas’, y la forma en que no se discute, ni en los medios de comunicación ni por algunos médicos".

También señaló ***sus preocupaciones sobre la miocarditis y la pericarditis como resultado de la "vacunación", así como la mejora dependiente de anticuerpos (una condición en la que los anticuerpos producidos después de una infección o una vacuna en realidad aumentan una enfermedad)***. ADE es especialmente relevante para los trabajadores de la salud debido a su exposición constante al coronavirus y al hecho de que muchos de ellos han contraído el virus en el pasado.

Matland fue desterrado del hospital donde solía trabajar, debido a su activismo contra los mandatos de la "vacuna" Covid. En particular, se opuso a la decisión de su hospital de implementar pruebas obligatorias para todo su personal no "vacunado", aunque, como señaló, ***las personas "vacunadas" también pueden ser portadoras de Covid e infectar a otras personas***.

Los directores del hospital estaban "tratando de castigarno creando un estímulo físico que no es cómodo para obligarnos a vacunarnos", dijo. Abrió un chat en línea a nivel nacional para otros trabajadores de la salud no vacunados, que ahora cuenta con más de 1100 miembros.

"Conozco personalmente a personas que han tenido reacciones negativas que han destrozado su vida por esta 'vacuna' y mi corazón se rompe por ellas", le escribió a su ex director ejecutivo.

Un anestesiólogo de UCLA Health en California que nunca tuvo reparos en ventilar sus sospechas sobre las "vacunas" Covid-19, fue escoltado fuera de su lugar de trabajo por negarse a "vacunarse" desafiando un mandato estatal y del empleador.

Se ve al Dr. Christopher Rake en un vídeo que parece grabarse a sí mismo mientras otro hombre lo escolta fuera de la UCLA Medical Plaza en Westwood.

"Esto es lo que sucede cuando defiendes la libertad y cuando te presentas a trabajar, dispuesto a trabajar, a pesar de no estar 'vacunado', y este es el precio que tienes que pagar a veces", se oye decir a Rake en el video publicado por The Beverly.

"Pero de lo que no se dan cuenta es de que estoy dispuesto a perderlo todo: trabajo, sueldo, libertad, incluso mi vida por esta causa".

Es uno de las decenas de miles que ahora se encuentran despedidos, suspendidos o esperando descubrir su destino. Mientras tanto, muchos hospitales están considerando suspender los procedimientos electivos debido a la escasez de personal.

Veamos diferentes noticias en todo el mundo acerca de "negacionistas":

La destrucción de la atención médica en EE. UU .: Mayo Clinic perderá 8000 empleados que rechazan la "vacuna" Covid-19. Trabajadores sanitarios y oficiales de policía en Australia que renuncian a sus trabajos debido al mandato de la

“vacuna” contra la Covid-19. La Corte italiana se pone de parte de la enfermera suspendida por error por negarse a recibir el suero experimental. Tribunal español declara nulo el despido de una empleada en un centro de dependientes por no haberse “vacunado” contra la Covid-19. Las enfermeras despedidas por no recibir la “vacuna” Covid-19 explican su razón de ser. “Si me despiden, que así sea”. Las enfermeras de Luisiana se niegan a recibir la “vacuna” Covid. Una madre y una hija, ambas enfermeras, se niegan a “vacunarse” y arriesgan sus carreras. Los trabajadores de la salud rechazan la “vacunación”, obligados a abandonar sus trabajos. Cientos de empleados del hospital despedidos o suspendidos por rechazar el mandato de la “vacuna” Covid-19. Algunos trabajadores de la salud se niegan a recibir la “vacuna” Covid-19, incluso con acceso prioritario. Más de 17 000 trabajadores de la salud de Quebec enfrentan suspensión por rechazar la “vacuna” Covid-19. Los hospitales de Massachusetts se preparan para despedir a cientos de empleados que rechazan la “vacuna” Covid. Preocupaciones surgidas cuando las enfermeras que rechazan el pinchazo de la Covid-19 fueron redistribuidas. La fecha límite de la “vacuna” Covid en tres sistemas de salud deja a algunos trabajadores del hospital sin trabajo. Los trabajadores de Legacy Health que rechazan la “vacuna” Covid-19 se preparan para ser despedidos. Los trabajadores sanitarios franceses apuestan por evitar la “vacunación” obligatoria contra la Covid. Muchos trabajadores de la salud se niegan a recibir la “vacuna” Covid-19. Miles de trabajadores de la salud rechazan la “vacuna”. Hospital revela que 49 enfermeras rechazaron la “vacuna”. Sorprendente número de trabajadores del hospital que rechazan las “vacunas”. Las enfermeras de St. Charles Bend que enfrentan el despido por el rechazo de la “vacuna” Covid-19 hablan. El escepticismo sobre las “vacunas” entre los médicos genera alarma en Europa y Estados Unidos. Cerca de 30 000 trabajadores de la salud en el sistema público no “vacunados” contra la Covid-19. Las enfermeras en el condado de Kansas se niegan a administrar la “vacuna” Covid-19. Más de 116 000 trabajadores del NHS no han recibido la “vacuna”. Cientos de trabajadores de la salud de la Región Capital no cumplen con la fecha límite para “vacunarse”. 5 empleados del hospital de Charleston despedidos después de negarse a recibir la “vacuna” Covid-19. Italia: 177 trabajadores sanitarios suspendidos por no inyectarse la “vacuna” Covid. 300 trabajadores de la salud en Italia han presentado una impugnación legal contra el requisito de “vacunarse” contra el coronavirus. La escasez masiva de enfermeras golpea a Houston semanas después de que 150 enfermeras y trabajadores hospitalarios no “vacunados” fueran despedidos. Un hospital de Maine despidió a tantos empleados no “vacunados” que tuvieron que cerrar la UCI. Francia registró 1300 renuncias de enfermeras, dice el ministro de salud, citando el "agotamiento" como la posible causa. El gobierno provincial de Columbia Británica reconoció que creó una escasez de personal médico después de poner a más de 4000 profesionales de la salud en licencia porque optaron por no recibir las “vacunas”. El NHS de Gran Bretaña perderá decenas de miles de empleados por las “vacunas” Covid obligatorias. El hospital UMass Memorial despide a 200 empleados no “vacunados” cuando deberían contratar a personas con inmunidad natural, un colapso diseñado del sistema de atención médica. Hasta 123 000, personal del NHS, salud y asistencia social puede optar por dimitir en lugar de recibir el pinchazo. Hospitales han de volver a contratar a despedidos por no inocularse ante la falta de personal. Unidades hospitalarias enteras corren el riesgo de cerrar

debido al mandato de "vacunación" contra la Covid para personal sanitario en el Reino Unido. Después de despedir a todos los médicos y enfermeras no "vacunados", Ontario ordena a los hospitales y clínicas que cancelen las cirugías no urgentes debido a la falta de personal. California pide al personal sanitario positivo en Covid-19 que acuda a trabajar debido a la escasez de personal. Suspenden 1972 médicos en Italia por no inocularse, y les amenazan con sanciones si hablan mal de las "vacunas". A pesar del alto número de médicos no vacunados, que se elevaba a 60 000 a fecha del 20 de diciembre, esa cifra actualmente se ha reducido a la mitad debido a las amenazas y presiones. Los proveedores de atención médica en Alemania advierten de la escasez de personal ante la llegada de los mandatos de "vacunación" para los sanitarios.

4 300 000 americanos dejaron su trabajo en agosto por no "vacunarse". El sindicato de policías de Massachusetts dice que decenas de policías estatales han renunciado por el mandato de la "vacuna" Covid del gobernador Charlie Baker. Las tropas estadounidenses sin vacunar siguen siendo 'cientos de miles' mientras se acerca la fecha límite del mandato que les obliga a estar completamente "vacunados". SouthWest Airlines cancela más de 1800 vuelos en 2 días en medio de rumores de que los empleados se manifestaron debido al mandato de la "vacuna" contra la Covid-19. El sheriff del condado de los Ángeles dice que no obligará a los agentes a recibir una "vacuna" Covid 'politizada'. 114 trabajadores del Laboratorio Nacional de Los Alamos en Albuquerque, Nuevo México, están demandando al gobierno federal por el mandato que los obliga a "vacunarse" contra el Covid-19. Casi un cuarto de millón de trabajadores que pertenecen a uno de los sindicatos más dinámicos y diversos de América del Norte simplemente están diciendo no a la "vacunación" obligatoria contra el coronavirus. Más de 180 funcionarios de la ciudad de San Francisco, incluidos la policía y los empleados del alguacil, fueron puestos en licencia por no estar vacunados. Casi 1900 empleados del estado de Washington renunciaron o fueron despedidos por negarse a obedecer el severo mandato de Covid. Estallan protestas en Seattle por los mandatos de "vacunas" para los trabajadores de la ciudad. 26 estaciones de bomberos de Nueva York han cerrado debido a los mandatos de vacunación contra el Covid. Más de 26 000 empleados públicos en la ciudad de Nueva York están rechazando la "vacuna" Covid-19. Las preocupaciones por la seguridad nacional de EE. UU. Aumentan a medida que las comunidades de inteligencia ven una resistencia masiva a los mandatos de "vacunas". 12 500 infantes de marina se niegan a la "vacunación". Más de 600 empleados de Google se rebelan contra la "vacunación" obligatoria en Estados Unidos. Miles de miembros del personal de la Armada, los marines permanecen sin "vacunar" después de que expira el plazo. La ciudad de Nueva York despide a más de 1400 empleados de la ciudad por rechazar las "vacunas" Covid. Casi una cuarta parte del personal militar de los Estados Unidos y el 75% de los contratistas del Departamento de Defensa están desafiando el mandato de "vacunas" del presidente Joe Biden para todos los miembros del servicio, trabajadores civiles del Pentágono y contratistas de defensa, una fuerza laboral de más de 740 000 personas.

Como informaba The Epoch Times, el presidente del sindicato de policías de Chicago, John Catanzara, ha declarado que si Chicago intenta imponer mandatos de "vacunación" a la policía que trabaja en la ciudad, Chicago perderá la mitad de

su fuerza policial. De manera similar, Seattle está **a punto de perder el 40% de su fuerza policial debido a los mandatos de vacunas**, como informaba Zero Hedge. En Los Ángeles, **casi 1000 bomberos están a punto de demandar a la ciudad por el mandato**.

En este vídeo, podemos ver testimonios de personas que perdieron su trabajo, sencillamente porque no están dispuestas a dejar que nadie juegue con su salud.

Veamos como, "curiosamente", **crecía el porcentaje de negacionistas entre padres, incluso entre aquellos que están "vacunados", cuando se habla de "vacunar" a sus hijos entre 5 y 11 años**:

Una encuesta en Estados Unidos, demostró que **solo el 37% de los padres estadounidenses estaban de acuerdo en que sus hijos, de entre 5 y 11 años, fueran "vacunados" contra la Covid-19**. Mientras tanto, **el 35% se oponía a que a sus hijos se les inyecten "vacunas" experimentales**, y solo el 10% de los padres "vacunados" insistirían en ello.

La encuesta de YouGov señalaba que el 26% de los padres estaban indecisos sobre la "vacuna" Covid-19, y **más del 60% de los adultos no estaban comprometidos a "vacunar" a sus hijos contra el supuesto virus**.

Los padres reacios a las "vacunas" citaban los posibles efectos secundarios, la desconfianza en el gobierno y los científicos y la falta de pruebas exhaustivas como sus principales preocupaciones. Muchos padres que habían sido "vacunados" también dijeron que no querían que sus hijos recibieran las "vacunas".

Esta información es consistente con una encuesta completada por la Kaiser Family Foundation, que muestra que **solo el 34% de los padres estadounidenses planeaban "vacunar" a sus niños en edad escolar tan pronto como se autorizara una vacuna para el grupo de edad de 5 a 11 años**.

De igual forma, casi el 70% de los padres franceses se negaban categóricamente a que sus hijos de entre 5 y 11 años fueran "vacunados", según una encuesta del Instituto Elabe. "***Los padres de niños de entre 5 y 11 años se oponen en un 68% a la 'vacunación', de los cuales el 47% se opone firmemente***", afirmaba el Instituto.

Por otro lado, durante meses, el público británico fue engañado con historias de que solo habían 5 millones de personas en el Reino Unido que se negaban a aceptar la oferta de una "vacuna" contra el Covid-19. Pero hoy podemos revelar que esto es una mentira.

Es una falacia que sin duda se ha utilizado para hacer que aquellos que han rechazado el pinchazo se sientan como si fueran parte de una minoría, porque un informe oficial del Gobierno del Reino Unido demuestra que solo en Inglaterra a

finales del 21, había ***aproximadamente 23.5 millones de personas que no habían recibido una sola dosis de una "vacuna" contra el Covid-19***.

Fue en septiembre cuando se le dijo al público británico que había 5 millones de británicos que ese momento habían rechazado los sueros experimentales. Sir Patrick Vallance, asesor científico jefe del Reino Unido y ex presidente de GlaxoSmithKline, anunció en una sesión informativa televisada sobre Covid-19 que "hay más o menos cinco millones de personas que son elegibles para las 'vacunas' ahora, que no han sido 'vacunadas'".

Bueno, resulta que el "más o menos" representaba aproximadamente otros 10.3 millones de personas solo en Inglaterra al 17 de diciembre de 2021, lo que elevaba el gran total de personas elegibles para recibir el pinchazo de Covid-19 a 15.3 millones, y a 23.5 millones cuando se incluían todos los niños menores de 12 años.

La población de Inglaterra es de aproximadamente 56 millones, y según 'Statista', las cifras de 2020 muestran que aproximadamente 3.23 millones de ellos tenían 4 años o menos, y otros 3.54 millones tenían entre 5 y 9 años.

El sitio de Statists también afirmaba que aproximadamente 3.44 millones tenían entre 10 y 14 años, por lo que podemos calcular aproximadamente el número de niños de 10 y 11 años y calcular la población total de Inglaterra elegible para una inyección antiCovid-19, que es, por supuesto, todos los mayores de 12 años.

Esa ecuación asciende a 1.38 millones, por lo tanto, en Inglaterra, había aproximadamente 8.2 millones de niños menores de 12 años y 47.8 millones elegibles para la "vacunación" contra la Covid-19.

Lo que nos lleva al Informe de Vigilancia de Vacunas de la Semana 50 de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido reemplazó a Public Health England y está patrocinada por el Departamento de Salud y Atención Social y dirigida por la Dra. Jenny Harries.

Dentro de su Informe semanal de Vigilancia de Vacunas, publican una sección sobre 'Impacto en la población' de las "vacunas" Covid-19, y curiosamente afirma que "para el 12 de diciembre de 2021, la aceptación general de la vacuna en Inglaterra para la dosis 1 fue del 67.9% y para la dosis 2 fue del 62.2%".

El informe también establece claramente que la absorción de la dosis 3 era del 31.4%. Así es como esos porcentajes se traducen en términos de la población real de Inglaterra.

Como podemos ver en lo anterior según el informe de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, 32.4 millones de personas habían recibido una sola dosis, 29.7 millones de personas habían recibido una segunda dosis y 15 millones de personas habían recibido una tercera dosis a 12 de diciembre de 2021.

Esto significa que en ese momento, ***había 23.5 millones de personas que se habían negado a participar en el experimento más grande del mundo real jamás realizado***, no solo 5 millones que se han reclamado durante meses y se han utilizado para escribir artículos discriminatorios como este del periodista Andrew Neil.

De igual forma, a 22 de mayo de 2022, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido confirmaba que había al menos 18 901 016 personas que no habían recibido una sola dosis de "vacuna" Covid-19.

En la página 76 de su informe de la Semana 21, la UKHSA publicó una tabla que contiene datos sobre cuántas personas en Inglaterra habían recibido una dosis única o más de una "vacuna" contra la Covid-19. Según UKHSA, la aceptación general de la vacuna para la dosis 1 fue de 44 358 929 de un total de 63 259 945 personas. Esto significa que ***18 901 016 personas en Inglaterra no habían recibido una sola dosis de la "vacuna" contra la Covid-19***. Muy lejos de los 5 millones que afirmaron por primera vez en septiembre de 2021.

El gráfico basado en las cifras proporcionadas por UKHSA, muestra la aceptación total de la "vacunación" frente al rechazo total de la "vacunación" en Inglaterra por dosis. Como podemos observar, según el informe de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, ***44.3 millones de personas recibieron una dosis única, 41.6 millones de personas recibieron una segunda dosis y 32.7 millones de personas recibieron una tercera dosis a 22 de mayo de 2022***.

Esto significa que ***además de los 18.9 millones no "vacunados", otros 2.7 millones de personas que recibieron la primera dosis hasta ahora han rechazado la segunda, y otros 9 millones de personas que recibieron la segunda dosis hasta ahora han rechazado la tercera***.

Esto eleva el número posible de personas que se habían dado cuenta de las mentiras y la propaganda difundida por el Gobierno y los principales medios de comunicación en los últimos dos años a ***30.5 millones***; casi la mitad de toda la población de Inglaterra según las cifras de UKHSA.

Por otro lado, los CDC también han estado mintiendo al público sobre las inyecciones antiCovid-19. Hasta los medios corporativos han informado sobre ello: las estadísticas de los CDC sobre las "vacunas" antiCovid-19, en este caso la cantidad total de personas en los EE. UU. Que están "vacunadas" con una inyección antiCovid-19, han sido exageradas en "millones".

Bloomberg publicó la historia:

"El gobierno de EE. UU. Ha contado en exceso la cantidad de estadounidenses que están al menos parcialmente 'vacunados' contra el coronavirus. Por qué es importante: millones de personas más de las que se pensaba inicialmente están desprotegidas a medida que aumentan las infecciones por coronavirus, las hospitalizaciones y las muertes en todo el país".

Lo que es especialmente interesante es que el informe de noticias corporativas citó a dos funcionarios estatales que admitieron que ***los datos de los CDC no tenían ningún valor***.

James Garrow, portavoz del Departamento de Salud Pública de Filadelfia, que estuvo trabajando con el estado para combinar conjuntos de datos para obtener una visión más precisa de las tendencias de "vacunación", dijo que "no tenemos ninguna fe en las cifras del sitio web de los CDC y nunca nos referimos a ellos". "La verdad es que no tenemos ni idea", dijo Clay Marsh, zar de Covid de Virginia Occidental.

Los datos de los CDC mostraban que 240 millones de personas tenían al menos una dosis, aproximadamente el 72.5% de la población. Pero también decían que solo 203 millones habían sido completamente "vacunados", o el 61.3%, una diferencia de 11 puntos porcentuales que es mucho mayor que en otros países desarrollados.

Entonces, o los estadounidenses son vagos, o tal vez no querían soportar otra serie de reacciones adversas o hay algo mal con estos números.

Varios funcionarios estatales y locales creían que era lo último. Los funcionarios estatales y locales decían que es improbable que 37 millones de estadounidenses hubieran recibido una sola inyección sin completar sus "vacunas". ***En cambio, decían, el gobierno ha contado regular e incorrectamente las inyecciones de refuerzo y las segundas dosis como primeras dosis***.

Su conclusión ***fue que tanto los completamente "vacunados" como los completamente no "vacunados" estaban oficialmente subestimados. En cuanto al número exacto contado incorrectamente, se desconocía, pero las revisiones de los datos de tres estados (Illinois, Pensilvania y Virginia Occidental)*** encontraron ***un recuento excesivo suficiente de las primeras vacunas para sugerir que hay muchas personas no "vacunadas" a nivel nacional que se han contabilizado por error como haber recibido una dosis***.

Una de las brechas más grandes identificadas fue en Pensilvania, donde las estimaciones de los CDC de las primeras dosis para los ancianos superaban las estimaciones del estado de Pensilvania en aproximadamente 850 000. Si se realizan cambios en los datos nacionales en la escala de las revisiones de Pensilvania, ***esto significaría aumentar el número de estadounidenses que no estában "vacunados" en aquel momento en*** más de 10 millones.

Otros aspectos relacionados con la pandemia que es bueno considerar para tener una visión global

Además de las cifras de fallecidos y de contagios o de las medidas de los diferentes gobiernos o instituciones, hay otros aspectos importantes, no habitualmente publicados, que debemos conocer para poder sacar nuestras propias conclusiones:

Según parece, los médicos cobran por estar en los centros de "vacunación":

"Para mí, como médico residente, tengo que decir que el salario en los centros de vacunación es simplemente gigantesco. Aquí nos pagan 100 euros brutos la hora. A principios de año era una cantidad de 5 dígitos (15 600 euros) pero también ahora es mucho. Actualmente se encuentra en el rango de 4 dígitos. Sí, a veces he de decir que también tenía mala conciencia ganando tanto aquí. Al final, dejé a un lado mi conciencia culpable en algún momento y dije, así son las cosas ahora".

Puede que a alguien le sorprenda saber que los médicos de cabecera en el Reino Unido, llevan tiempo siendo incentivados para inyectar a la población adulta un tratamiento experimental antiCovid-19 que podemos definir como muy peligroso, con un pago de 12.58£ por cada dosis administrada. Como parece que no es suficiente, para inyectar a los niños con el mismo tratamiento experimental antiCovid-19, el NHS le ha dicho a los médicos de cabecera que tienen derecho a un pago adicional de 10£ además de las 12.58£ que tienen (consultar el punto 14 del documento).

El punto 5 del documento establece que se debe obtener el consentimiento correspondiente en todos los casos. En el caso de los niños de 12 a 15 años, esto sería el consentimiento de los padres o el propio consentimiento del niño si se hubiera evaluado que son competentes para dar su consentimiento para la "vacunación". Esto se conoce como competente de Gillick y se aplica a los menores de 16 años que se cree que tienen suficiente inteligencia, competencia y comprensión para apreciar plenamente lo que implica su tratamiento. Esto nunca debería aplicarse porque, como sabemos, incluso los adultos no pueden comprender y apreciar completamente lo que está involucrado en su tratamiento porque el NHS se niega a decírselo. ¿A cuántas personas jóvenes que han recibido el suero, se les ha dicho que tienen un riesgo grave de desarrollar miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación de los sacos protectores alrededor del corazón) si se inyectan con los sueros Pfizer o Moderna?

Según parece, no son los únicos:

También el personal sanitario cobra por estar en centros de "vacunación" y no son los únicos, por ejemplo, en enero la Comunidad de Madrid, adjudicó de forma directa un contrato de seis meses a Cruz Roja por 804 098 euros para sumar 25 trabajadores a la inmunización de los más vulnerables, Comunidad que por cierto, llegó a pagar 2000 euros diarios por cada paciente en UCI a los hospitales privados, para una cantidad total de 19.2 millones de euros a la sanidad privada por atender a contagiados de la primera ola. 40 millones de euros al principio de la supuesta pandemia. Otras comunidades autónomas también han hecho uso de la sanidad privada.

En Cataluña, la Generalidad, fijaba los precios que pagaría a los hospitales concertados y privados (1) (2) (3): 43 400 euros por paciente en la UCI. Los centros concertados decía, recibirán el mismo pago fijo del mes de febrero y si

han atendido a pacientes con coronavirus cobrarán un 4% más. Además, los centros podrán facturar "actividad extraordinaria" derivada de la pandemia: además de los 43 400€ por paciente que haya estado en la UCI y reciba el alta, los hospitales recibirán 5000€ euros por paciente que no haya pasado por la UCI y haya estado ingresado más de 72 horas o haya muerto y 2500€ por cada enfermo que haya permanecido en el centro menos de tres días; se pagan 93€ por cada PCR hecho, por cada alta de convalecencia en hospitales de campaña (pabellones) 1381.30€, por cada alta de hospitalización a domicilio 942.08 € y por cada estancia de larga duración 85.55€.

Un detalle importante que no debemos de olvidar, es que esos ingresos, dependen de un diagnóstico con un test y ya sabemos que el número de falsos positivos que producen es altísimo aunque algunos se empeñen en obviarlo. **El que un hospital cobre o no alguna de las cantidades mencionadas, depende de un test PCR o de alguna de las otras formas de diagnóstico,** por mucho que el área de prensa del Departamento de Salud diga que: "Lo que determina la tarifa es el motivo del ingreso". Es obvio, que si un paciente entra en un hospital, es por un diagnóstico previo y porque el médico correspondiente considera que dicho paciente debe ser ingresado, es decir, antes hay un diagnóstico y aunque a algunos les pese o lo quieran tapar, los test son las herramientas que utilizan, independientemente del número de veces que repitan dicho test.

En Cantabria, el Gobierno tambien retribuyó al personal sanitario implicado en el plan de "vacunación" contra la Covid-19 con más de 1.1 millones de euros para compensar la actividad extraordinaria que supuestamente llevó a cabo fuera de la jornada ordinaria. De la cuantía total aprobada 900 000 euros se destinaron a los profesionales del Hospital Valdecilla de Santander, 150 000 a los del Hospital Sierrallana de Torrelavega, 60 000 a los del hospital comarcal de Laredo y 30 000 a los del Tres Mares de Reinosa.

A nivel público, es difícil trazar un camino hasta el valor final porque el valor de los servicios sanitarios públicos no está publicitado, pero un primer acercamiento, para que nos hagamos una idea, llevaría a situar la cifra total que han costado los pacientes Covid en la sanidad pública, sobre los 2300 millones desde marzo hasta finales de 2020. Para calcular estos datos primero hay que concretar el precio de la estancia en una cama de planta de hospital y otra de UCI. Para ello se han escogido los datos publicados por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) que están actualizados. En 2020, un día de cama en un hospital público tenía un valor de 986 euros al día (todo incluido) mientras que la estancia en una Unidad de Vigilancia Intensiva, ascendía a 1713 euros. Una vez hallados estos datos, hay que ir al estándar o media de permanencia en un hospital que sufre un paciente con coronavirus. El Centro Europeo de Control de Enfermedades establecía una primera pista: cuatro días después del ingreso hospitalario se entra en UCI (los pacientes que empeoran). En marzo de 2020, en España, la media de estancia en UCI llegó a los 25 días, a los que había que sumar unos doce en planta que requería ese paciente de gravedad. Además, a los pacientes que no necesitaban cuidados intensivos, se les solía tener unos doce días en la planta del hospital, hasta que dieran negativo. También en este caso utilizan los mismos métodos de

diagnóstico, por tanto, también procede hacer las mismas consideraciones mencionadas para los hospitales privados y concertados.

Según parece, los médicos reciben dinero de las farmacéuticas:

Los médicos españoles recibieron 587 millones ***de las farmacéuticas en 2021***. La industria farmacéutica destinó a lo largo de 2021 587 millones de euros a pagos relacionados con la formación continuada de los médicos y actividades de I+D. ***La cifra*** supera ***en*** 58 millones ***a la gastada el año anterior***, que estuvo marcado por el confinamiento debido a la pandemia por la Covid. Sin embargo, es inferior a la destinada ***en 2019***, cuando las farmacéuticas ***se gastaron*** 601 millones ***de euros***.

En 2018 cobraron 600 millones ***de las farmacéuticas***. ***La*** cifra ***es un 5% superior al 2017 y un 20% mayor que cuatro años antes***. Las cifras de esta colaboración anual las publica desde 2016 la propia patronal de Farmaindustria. Además de la publicación de la cuantía total que realiza la patronal, todos los laboratorios farmacéuticos asociados (más de 190 compañías), han publicado en sus webs la relación completa de sus colaboraciones con los médicos en el año 2018, con el nombre y apellido de cada destinatario. Si un médico no acepta este modelo de transparencia, no puede colaborar con la industria farmacéutica.

La mayor parte de los 600 millones, 259 millones de euros, la invirtieron los laboratorios en contratos con organizaciones y profesionales sanitarios para desarrollar proyectos de investigación. La siguiente partida con más ayudas es la que recibieron los médicos de la industria farmacéutica para cubrir los gastos por acudir a congresos científicos (118 millones). Las prestaciones por servicios profesionales fueron de 84 millones de euros, y las donaciones, que sólo pueden ir destinadas a organizaciones sanitarias, ascendieron a 37.5 millones. Los portales de transparencia de Pfizer y Janssen publican los "honorarios" que dieron en 2020 a profesionales sanitarios, hospitales, comunidades autónomas y otras instituciones.

Según un artículo de D. Diego Pohl en la revista Plaza, ese mismo año, presuntamente, una multinacional farmacéutica paga un total de diez millones de euros a médicos e instituciones científicas que, en la gran mayoría de casos, debían posicionarse sobre algunos productos y cuya recomendación positiva suponía obtener ventas millonarias para esa compañía. El nombre de la multinacional es GSK, pero no es la única. Ese mismo año, las farmacéuticas Pfizer, Sanofi y MSD también pagaron decenas de millones de euros. En algunos casos esos pagos han llegado a altos funcionarios de la administración de la sanidad pública.

En este punto es importante señalar algo relacionado con los niños, ya que la inoculación de los sueros experimentales, ya está autorizada para todo el mundo excepto para los niños menores de 6 meses. ***La AEP, que tanto ha recomendado la inoculación, cobró casi*** 100 000 € ***de Pfizer en 2021 o mucho más incluso en donaciones de diferentes farmacéuticas, de forma directa o indirecta, como se muestra en*** este vídeo. Dicha recomendación,

supuestamente, la ha hecho siguiendo a su vez las recomendaciones de la EMA, que "casualmente" ***cuenta con un*** 91% ***del presupuesto, proveniente de las farmacéuticas, entre ellas, las fabricantes de las "vacunas" Covid***.

Un caso mediático: Filipe Froes, neumólogo y médico portugués experto en Covid-19, recibió más de 385 000 euros de 24 empresas farmacéuticas por su participación en conferencias y servicios como consultor. El importe abonado se refiere al periodo comprendido entre 2013 y agosto de 2021, siendo Pfizer la farmacéutica que más pagos realizó al especialista, por un importe de 146 748 euros. Solo entre 2020 y 2021, Filipe Froes recibió 26 407 euros de Pfizer para participar en reuniones médicas, conferencias y congresos. El neumólogo es consultor de la Dirección General de Salud (DGS), coordinador de la Oficina de Crisis de la Asociación Médica Portuguesa, miembro del Consejo Nacional de Salud Pública y experto de la Comisión Técnica Nacional de Vacunación de la DGS. El médico también es un comentarista habitual de los medios de comunicación sobre Covid-19. Habiendo recibido esas cantidades, su habitual defensa de las farmacéuticas y de la inoculación generalizada, son bastante sospechosas. Lo que nos tenemos que preguntar es cuántas personas están cobrando por defender a las farmacéuticas, por promover las "vacunas" o por hablar bien del gobierno correspondiente y de sus medidas antiCovid.

Otro caso muy mediático, en este caso de un diputado: Juan Luis Steegmann, incansable defensor de la "vacunación". Al margen de ser diputado por Madrid, era el responsable de Sanidad de VOX cuando todo se descubrió. Según esta información, empresas vinculadas a Steegmann (vinculadas laboralmente al menos, aunque no podemos asegurar al 100% que sea accionista en varias o en alguna de ellas) habían recibido tan sólo en 2020, subvenciones por cantidad de 858 000€ por parte de dos polémicas farmacéuticas. En concreto, 222 000€ de Pfizer y la friolera de 636 000€ de Johnson & Johnson:

DE PFIZER: Fundación Pethema: 161 182€; SEHH: 3840€; Fundación Curación LMC: 28 000€; AMHH: 16 400€; FEHH: 13 000€.

DE JOHNSON & JOHNSON: FEHH: 458 290€; Fundación Investigación Biomédica: 85 469€; AMHH: 23 000€; SEHH: 69 643€.

Luís Varandas, otro médico conocido, recibía dos mil euros mensuales por su puesto de consultor en la empresa. El médico y el laboratorio defendían que la relación es de carácter científico y niegan los conflictos de intereses.

"Creemos que la 'vacunación' de los adolescentes debe ser, en esta etapa de la pandemia, una prioridad para Portugal. Para la salud general de los niños, pero también para el control de la pandemia". El pasaje proviene de un artículo publicado en Expresso en agosto, en el que dos pediatras defendían la vacunación universal para adolescentes, seis días antes de que la Dirección General de Salud decidiera a favor de ella. Uno de los médicos, Luís Varandas, tiene un contrato de consultoría científica con Pfizer desde noviembre del año pasado, hecho que no menciona al final del artículo del diario. Tanto el médico como el laboratorio (que

desarrolló y comercializa una de las “vacunas” contra el Covid-19) defienden que la relación es de carácter científico y niegan que exista un conflicto de intereses.

Luís Varandas recibió 33 519 euros de Pfizer en unperíodo de cuatro años, que incluyen el dinero pagado por conferencias en las que fue ponente, grabaciones de vídeo sobre vacunas y el citado contrato de consultoría científica (que le proporciona 2000 euros mensuales). El contrato aumentó la implicación entre las dos partes, en torno al 58% del total recibido (19 573 euros) se cobró en este año. Los fondos detallados se pueden consultar en el Portal de Transparencia y Publicidad de Infarmed, un instrumento creado durante la época de la troika para aumentar la transparencia en las relaciones financieras entre los proveedores de atención médica y la industria farmacéutica y de dispositivos médicos.

El médico experto en infectología trabajaba en ese momento en el Hospital Pediátrico Dona Estefânia, en Lisboa, tiene una carrera académica en la Universidade Nova y fue coordinador del comité de vacunas de la Sociedad Portuguesa de Pediatría que es un organismo influyente, que emite recomendaciones a pediatras y otros profesionales de la salud sobre las vacunas para los niños, incluidos los que están fuera del Programa Nacional de Vacunación. Además del artículo en Expresso, Luís Varandas era una presencia habitual en los medios para hablar de “vacunas”. En Pfizer, brindaba "apoyo técnico-científico al departamento médico, en las áreas de Enfermedades meningocócicas y neumocócicas", indica la empresa en las respuestas enviadas.

Dos doctores (habituales en charlas en 2019) de sendos centros públicos de investigación de Galicia y la Comunidad Valenciana cobraron miles de euros de las farmacéuticas cuyas vacunas para la meningitis promocionaban en medio del proceso por el que Sanidad, de momento, rechazaba incorporarlas de manera generalizada al calendario oficial. Esa medida implicaría mayor financiación pública. Los pediatras Federico Martinón Torres y María Garcés cobraron individualmente casi 100 000 y 36 000 euros cada uno de las compañías Pfizer y GSK, las dueñas de esos sueros, entre 2017 y 2018.

Martinón Torres, que coordinaba en ese momento el grupo de Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS), ingresó 71 800 euros de Pfizer y otros 24 500 de GSK en los dos últimos años, según los datos publicados por las propias farmacéuticas. Garcés Sánchez está adscrita al área de vacunas de Fisabio (la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana) y figura en el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Ingresó 30 346 euros de Pfizer entre 2017 y 2018 más 5 830 euros de GSK, según los mismos documentos. El grueso del dinero se refiere a "honorarios" por prestación de servicios distintos a los programas de I+D que Farmaindustria consigna en otros capítulos.

Otro caso sonado, es el del El Dr. Wilbur H. Chen. Chen define "desinformación" como cualquier cosa que contradiga la narrativa de Pharma. Chen insiste en que no se permitirá que nada traspase su burbuja protectora de información farmacéutica. Una búsqueda en el sitio web del gobierno Open Payments revela

que Chen aceptó $ 437 250.70 de Emergent BioSolutions y GlaxoSmithKline (GSK) en 2020. GSK es uno de los cuatro fabricantes de vacunas más grandes del mundo, actualmente, estaba trabajando en una "vacuna" Covid-19 que se encuentraba en ensayos clínicos de fase 3 en 2021.

Todos los productos de GSK deben presentarse ante el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en el que se sentaba Chen en ese momento, para ser aprobados.

Emergent BioSolutions es un fabricante contratado que fabrica vacunas para otros, incluida la "vacuna" Covid-19 de Johnson & Johnson (J&J) que se ha relacionado con coágulos de sangre y un trastorno hemorrágico.

Emergent BioSolutions tiene un historial de seguridad abismal. A pesar de que los reguladores federales son generalmente como el Sr. Magoo cuando se trata de detectar problemas de seguridad, los problemas en la planta de Emergent en Baltimore fueron tan atroces que a principios de este año la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. Cerró la planta y ordenó a J&J que se hiciera cargo de ella y ejecutarlo ellos mismos.

La FDA también ordenó que 75 millones de dosis de "vacunas" Covid-19 fabricadas en esa planta fueran destruidas debido a la contaminación. Todas las vacunas fabricadas en la planta de Emergent BioSolutions primero deben ser aprobadas por el ACIP donde Chen es miembro.

Esto es completamente inaceptable. Según la Oficina de Estadísticas Laborales, había 27 550 pediatras empleados en los EE. UU. No hay absolutamente ninguna razón para que el ACIP utilice a una persona con conflictos de intereses financieros tan extensos.

El hecho de que estas decisiones involucren la salud de nuestros niños es de tremenda gravedad. Es más que alarmante que el ACIP no haya monitoreado adecuadamente los conflictos de intereses financieros entre sus miembros. Todos los votos anteriores del ACIP que involucren a Chen deben ser revisados por una junta de revisión externa independiente para ver si deben ser rechazados.

El CDC también debe examinar y divulgar públicamente todas las declaraciones de conflictos de intereses financieros de todos los miembros restantes del ACIP para determinar si hay problemas adicionales.

Las farmacéuticas, según parece, no solo han tenido contacto con médicos, también, presuntamente, con más personas relevantes para sus intereses. Poco después del verano del 21, se inició una investigación sobre las conversaciones secretas que tuvieron lugar entre la presidente de la Comisión Europea y el director general de Pfizer para la venta de "vacunas". A principios del 21, GreatGameIndia informó de cómo el gigante farmacéutico Pfizer había estado exigiendo un rescate a los gobiernos soberanos con extrañas demandas que piden reservas bancarias, edificios de embajadas y bases militares como garantía a

cambio de las vacunas Covid-19. Además, los gobiernos han firmado acuerdos secretos con los fabricantes de vacunas contra el coronavirus, según los cuales las empresas farmacéuticas no pueden ser demandadas legalmente en caso de una reacción adversa a la vacuna o, en el peor de los casos, si un paciente muere a causa de ella.

La Defensora del Pueblo Europeo, Emily O'Reilly, máxima responsable de la rendición de cuentas y la gobernanza de la UE, inició una investigación sobre la negativa de la Comisión Europea a entregar el contenido de las comunicaciones entre Von der Leyen y el director general de una empresa farmacéutica no identificada sobre un contrato de "vacunas" Covid-19. Como primer paso, O'Reilly pidió a la Comisión que explicara su política de registro de los mensajes de texto de Von der Leyen. "La Comisión tiene la obligación de registrar los mensajes instantáneos relacionados con asuntos políticos, como la adquisición de las vacunas Covid-19", escribió la oficina de O'Reilly en un comunicado sobre el caso. En abril del 21, el New York Times informó de que Von der Leyen había estado intercambiando textos y llamadas con el director general de Pfizer, Albert Bourla, durante un mes como parte de las negociaciones sobre la adquisición de "vacunas" para el bloque. El periódico escribió entonces que la diplomacia personal desempeñó un papel importante en la consecución del acuerdo sobre "vacunas".

Por otro lado, los fiscales rumanos abrieron una investigación sobre las adquisiciones de "vacunas" Covid del país y también cerraron sus centros de "vacunas" porque la gente se negó a las inyecciones experimentales. La Dirección Nacional Anticorrupción (DNA) de Rumania anunció que abrió investigaciones relacionadas con las circunstancias en las que Rumania compró (demasiadas, parece que los fiscales insinúan) "vacunas" Covid.

Los fiscales dijeron que las investigaciones se abren para detectar un posible "abuso de poder" que implica beneficios personales derivados de involucrados. En particular, el Ministerio de Salud fue administrado hasta principios de septiembre del 21 por el partido reformista USR-PLUS, que se retiró de la coalición gobernante mientras tanto y lanzó una moción de censura contra el Gobierno. Pero el ministerio de salud no participó directamente en la contratación.

"Hasta donde yo sé, los procedimientos seguidos para la adquisición de "vacunas" en todos los países de la Unión Europea fueron los mismos, y fueron desarrollados por la Comisión Europea", dijo Valeriu Gheorghiță, jefe de la campaña nacional de vacunación, según a Hotnews.ro.

Los profesionales europeos de la salud cobraron 7000 millones de las farmacéuticas en tres años. Los monopolios farmacéuticos controlan a los organismos públicos de la sanidad y también a los profesionales que se encargan de ella, especialmente a los jefecillos de los hospitales, a las sociedades médicas, a las revistas especializadas, instituciones académicas y a todo lo que tenga relación con la salud.

España va a la cabeza en la institucionalización de los sobornos, que se hace directamente o a través de los grupos de presión. En Europa se gastan millones de euros cada año para controlar el funcionamiento de los organismos sanitarios de la Unión Europea.

Entre 2017 y 2019 los gigantes farmacéuticos pagaron más de 7000 millones de euros a los profesionales de la salud en 11 países europeos, según un informe publicado en julio por la revista científica Health Policy.

"Los vínculos financieros con la industria farmacéutica pueden dar lugar a conflictos de intereses que podrían influir en las decisiones y en la investigación", denuncian los autores, que acusan a la Unión Europea de no hacer lo suficiente para acabar con estas prácticas mafiosas.

Hay muchos ejemplos; cada vez más. En 2019 los firmantes de un llamamiento a favor de la generalización de las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano recibieron 1.6 millones de euros de financiación de los fabricantes de las "vacunas".

El informe concluye que España está a la cabeza de la corrupción de los sanitarios y de la falta absoluta de transparencia de los sobornos recibidos. "Los datos sobre pagos en España fueron especialmente difíciles de extraer", denuncia el informe. En los casos de los laboratorios MSD, Roche, Novo Nordisk y Amgen ni siquiera pudieron obtener los datos de las mordidas destinadas a los profesionales españoles.

Además de promover "las ayudas externas", España los oculta con el inestimable apoyo de la Agencia de Protección de Datos, asegura el informe, porque la salud es algo que no concierne a los enfermos sino a los médicos. Ellos son los beneficiarios y, a través de ellos, los monopolios farmacéuticos. Han dado un giro de 180 grados: aquí los que tienen derecho al secreto profesional son los médicos, no los enfermos.

Según parece, el pasado relacionado con multas de las farmacéuticas que fabrican los sueros, ha sido "intenso":

La supuesta pandemia está sirviendo a las grandes farmacéuticas mundiales como una oportunidad de redimirse como las salvadoras del futuro ante un público que tradicionalmente las ha mirado con recelo. Y no sin motivos. Todas acumulan en los últimos años un buen número de actividades delictivas por las que han sido sancionadas con miles de millones, sin embargo, la dispersión y poca publicidad que se da a estas sentencias hacen difícil contemplar el panorama de las ilegalidades cometidas por Big Pharma, como se suele denominar a estas multinacionales.

Denis Arnold, Oscar Jerome Stewart y Tammy Beck se sumergieron en los archivos del Departamento de Justicia, la SEC (comisión del mercado de valores estadounidense), las fiscalías estatales o la Agencia de Protección Ambiental (EPA), o cursaron peticiones de transparencia (FOIA) para obtener hasta el último

dólar con el que han multado a las grandes empresas que están detrás de los tratamientos, test o vacunas contra el coronavirus.

La lista de multas, tanto en número como en cantidades económicas, está encabezada por GlaxoSmithKline o GSK, condenada en 27 ocasiones que han supuesto más de 9700 millones de dólares (los precios han sido ajustados por los autores a la inflación de 2016) en multas. Buena parte del total corresponde a la sanción de 3000 millones de dólares que le impusieron en Estados Unidos en 2012, y que se convirtió en la mayor de la historia jamás pagada por un gigante farmacéutico. Como puede consultarse en la sentencia, los delitos cometidos por GSK fueron "la promoción ilegal de ciertos medicamentos recetados, su falta de reportar ciertos datos de seguridad y su responsabilidad civil por supuestas prácticas de reporte de precios falsos".

Tras GSK ocupan las primeras posiciones de esta fraudulenta carrera otros nombres conocidos. Pfizer (18 multas y 2910 millones) y Johnson & Johnson (15 multas y 2668 millones) comparten este podio de fechorías, pero también están en el de las empresas candidatas a elaborar la vacuna definitiva contra la enfermedad que provoca el SARS-CoV-2. Tras ellas, Abbott, autor del test de antígenos al que se atribuye parte del éxito madrileño al doblar la curva al inicio de la supuesta pandemia, está en cuarto lugar con 11 multas y 2581 millones de sanción entre 2003 y 2016.

AstraZeneca, acumula 10 multas y 1172 millones en los últimos años. La mayor parte de sus 'pecados' están relacionados con infracciones en los precios y el reparto de comisiones ilegales por conseguir contratos. De hecho, el que era director mundial de innovación de la farmacéutica, el oncólogo catalán Josep Baselga, tuvo que salir por patas del hospital Memorial Sloan Kettering tras desvelarse sus conflictos de intereses con varias empresas del sector, que él nunca reveló en sus artículos.

Los autores de la publicación, se centraron en compañías grandes (que hubieran formado parte de la lista Global 500 o Fortune 1000 de mayores empresas del mundo durante al menos siete años) y hallaron que, de las ***26 farmacéuticas seleccionadas, un 85% habían sido sancionadas por actividades ilícitas***. Solo se libraban cuatro: Biogen, Celgene, Gilead y Hospira. Hay que agregar, no obstante, que Celgene y Hospira fueron absorbidas por Brystol-Myers y Pfizer respectivamente, dos grandes empresas que sí aparecen en la lista. El sobreprecio es una de las categorías que los autores del estudio han analizado, ya que casi todas las farmacéuticas grandes han acabado infringiendo alguna normativa en este aspecto.

Otras categorías criminales habituales en esta lista suelen ser el etiquetado engañoso, los sobornos o comisiones ilegales una vez logrado un contrato determinado, daños medioambientales o vulneración de los principios de competencia. De largo, las categorías sancionadas con más frecuencia son las relacionadas con los precios, con el 'marketing' para usos clínicos no aprobados, con las comisiones ilegales tras conseguir un contrato o con el etiquetado engañoso. También estudiaron cuántos años habían continuado las empresas, de

media, la actividad ilegal asociada con las multas. Aparecen empresas menos conocidas como Actavis, más conocida por la compra en 2014 de Allergan, fabricantes del botox, por 66 000 millones de dólares. Actavis mantuvo de media durante 11 años las actividades por las que posteriormente fue sancionada, seguida de Amgen (9.78 años), Wyeth (8.71) o las ya mencionadas AstraZeneca (8.30) y GSK (7.22).

Un detalle importante por razones obvias, es que desde el año 2000 Pfizer ha recibido multas por valor de al menos 7500 millones de libras esterlinas, incluida una única multa de 331.5 millones de libras esterlinas por delitos de soborno y cohecho, 1100 millones de libras esterlinas en multas por delitos de reclamaciones falsas, y una multa individual de 1700 millones de libras esterlinas en 2009, que batió el récord, por participar en un fraude al promocionar erróneamente un analgésico ya retirado.

Sin embargo, a pesar de todo esto, la empresa gozó de la suficiente confianza de los reguladores de medicamentos de todo el mundo para que se le concediera la autorización de uso emergente para su inyección experimental Covid-19.

No les debe de preocupar mucho ya que ganaron aproximadamente 36 000 millones de dólares en 2021 gracias a que los gobiernos de todo el mundo utilizaron el dinero de los esforzados contribuyentes para comprar suficientes dosis de su "vacuna" Covid-19 para "vacunar" a cada ciudadano siete veces.

Según parece, con las "vacunas", los beneficios económicos para las farmacéuticas, son considerables:

Pfizer anunció unos beneficios netos en el primer trimestre de 2021 de 4877 millones de dólares, un 45% más que en el mismo periodo del año anterior. Solo la "vacuna" ha reportado a la empresa 3500 millones de dólares, convirtiéndose en su producto más vendido. Pfizer informó casi $37 mil millones en ventas de "vacunas" Covid en 2021. El gigante farmacéutico estima que sus ventas relacionadas con Covid en 2022 superarán los $54 mil millones. Para tener una perspectiva global, es importante no olvidar la historia criminal de Laboratorios Pfizer, la cual, pueden consultar también aquí.

AstraZeneca también informó de unos beneficios netos de 3144 millones de dólares en el periodo de 2020, un 159% más que el año anterior.

Moderna, otra de las empresas cuya "vacuna" está presente en todo el mundo, anunció unos beneficios netos de 1733 millones de dólares en el primer trimestre de 2021 con la "vacuna" contra la Covid-19. Se hicieron pedidos de 1500 millones de dosis de la "vacuna" para 2021 y 2022, con 460 millones de dosis para la UE y 500 millones para los Estados Unidos. Esto le costará a la Unión Europea 10 300 millones y a los Estados Unidos 7500 millones. Se estimó que la empresa generó unos 18 400 millones de dólares en ingresos por las ventas de "vacunas" contra el coronavirus solo en 2021. El margen de beneficio de Moderna es del 44% por dosis, generando unos 8000 millones de dólares en beneficios para 2021. A pesar

de este alto margen, la empresa indicó que esperaba aumentar los precios de las "vacunas" una vez que termine la pandemia.

El fabricante, presuntamente, ha estado empleando estructuras de "evasión de impuestos" para trasladar sus ganancias a Suiza y al estado estadounidense de Delaware. Moderna embolsa ganancias libres de impuestos con los pinchazos financiados con fondos públicos. Un contrato filtrado entre Moderna y la Comisión Europea muestra que los pagos por las "vacunas" ordenadas por la UE van a una subsidiaria de Moderna establecida en Basilea. Suiza es conocida por sus bajas tasas impositivas y sus acuerdos fiscales secretos. Debido a este secreto, es imposible saber exactamente cuántos impuestos paga Moderna en Suiza, pero al contabilizar sus ganancias en esta jurisdicción de impuestos bajos, es probable que Moderna pague poco en impuestos sobre los miles de millones de euros que puede ganar con la crisis del coronavirus.

Además, las patentes de la "vacuna" de Moderna están registradas en Delaware, Estados unidos, un verdadero paraíso para las patentes. Delaware no grava los ingresos que provienen de activos intangibles, como las patentes. Es probable que gran parte de las ganancias obtenidas por Moderna se transfieran a Delaware a través del pago de regalías por el uso de patentes, donde se gravarán con una tasa baja.

Rovi es el principal fabricante de la "vacuna" Moderna contra el coronavirus fuera de Estados Unidos. La empresa ha fabricado en Granada el principio activo de ARNm de Moderna, materia prima que sirve para 100 millones de dosis. Es una de las pocas empresas del mundo que pueden realizar el ciclo completo de la "vacuna".

La familia López-Belmonte, principales accionistas de Rovi, vendió aproximadamente un 3% del capital social del laboratorio. La operación llegó en un momento en el que las acciones de la empresa cotizaban en máximos históricos gracias al acuerdo de fabricación de la "vacuna".

La venta coincide en un momento de crecimiento bursátil extraordinario para el laboratorio, al calor de las noticias sobre el acuerdo de producción para Moderna. Su capitalización se revalorizó un 125%, a un ritmo especialmente intenso cuando anunció el acuerdo.

Gracias a la pandemia los beneficios aumentaron un 65% y el valor bursátil de la empresa superó los 3000 millones de euros.

La tecnología para estas "vacunas" se desarrolló utilizando fondos públicos y los precios a los que se venden las "vacunas" a los gobiernos de todo el mundo permiten a las empresas farmacéuticas obtener ganancias masivas, **NEGOCIO REDONDO POR TODAS PARTES**.

El tiempo medio para que una vacuna para cualquier enfermedad salga al mercado, es de 5-10 años, siendo el tiempo récord hasta ahora, 4 años. Para el caso de la enfermedad conocida como Covid-19, a 21 de diciembre del 21

teníamos había 331 vacunas en desarrollo para, 137 en evaluación clínica y 39 de éstas en fase III y 10 en fase IV. De acuerdo con la Universidad McGill, a 27 de junio del 22, teníamos: 213 candidatas de "vacuna", 738 ensayos en marcha en 78 países, 52 "vacunas" en fase 1, 72 en fase 2, 80 en fase 3 y 38 aprobadas.

Estas cifras nos demuestran dos cosas: las farmacéuticas ven un negocio muy lucrativo (no olvidemos que no dejan de ser empresas que buscan el mayor margen de beneficio posible) y que teóricamente (así lo demuestran los datos reales) es imposible que puedan ser efectivas, las prisas nunca son buenas consejeras, lo cual además, las convierte en peligrosas (ya estamos comprobando con datos reales, la escasa seguridad con que cuentan), puesto que es materialmente imposible que hayan hecho estudios a medio y largo plazo antes de comenzar a inocularse. Aún así, la mayoría de: políticos, instituciones, medios de "comunicación", e incluso de médicos o sanitarios; las recomiendan…Curioso, ¿verdad? El problema es que lo que aquí está en juego es la salud personal y la colectiva de la propia raza humana; las inyecciones no se pueden devolver como hacemos cuando hemos comprado un producto defectuoso.

Según los reportes de las acciones de las compañías que fabrican las "vacunas" antiCovid las campañas de refuerzos de la "vacuna" están por generarles enormes ganancias. De acuerdo con una investigación de AP: "la campaña de refuerzos de la 'vacuna' antiCovid en los Estados Unidos está generado miles de millones de dólares en ganancias para sus fabricantes".

"Karen Andersen, analista de Morningstar, esperaba que para el 2022, si la mayoría de las personas que viven en los Estados Unidos se aplicaban los refuerzos de Pfizer y BioNTech les generaran unos 26 mil millones de dólares y 14 mil millones en el caso de Moderna. Una de las razones por las que generan tanto dinero, se debe a que al tratarse de refuerzos, no tienen que invertir en costos de investigación y desarrollo.

En otras noticias, AP dijo que Pfizer esperaba que para el 2021, su "vacuna" antiCovid de ARNm generara unos 33.5 mil millones de dólares, cinco veces más de lo que generó su vacuna contra neumococo, que era su vacuna más vendida hasta este momento.

Un informe del grupo de análisis de datos de salud, Airfinity, proyectaba ventas y ganancias "sin precedentes" para Pfizer y Moderna en 2022. De acuerdo con People's Vaccine Alliance, las compañías estaban poniendo el precio de sus "vacunas" en hasta 41 mil millones de dólares por encima del costo de producción estimado.

Se proyectaba que los fabricantes de "vacunas" Pfizer y Moderna generarán ventas combinadas de $ 93.2 mil millones en 2022, casi el doble de la cantidad que se esperaba que recaudaran en 2021, dijo Airfinity, un grupo de análisis de datos de salud.

Airfinity situó las ventas totales de mercado de las "vacunas" Covid en 2022 en 124 000 millones de dólares, según el Financial Times.

Se preveía que las ventas de "vacunas" de Pfizer alcanzaran los 54 500 millones de dólares en 2022, y las de Moderna alcanzarán los 38 700 millones de dólares. Las estimaciones hacen diminutas las cifras anteriores, $ 23.6 mil millones para Pfizer y $ 20 mil millones para Moderna.

Según ActionAid International, una federación mundial que trabaja por un mundo libre de pobreza e injusticia, Moderna, Pfizer y BioNTech están obteniendo "ganancias astronómicas e inadmisibles" debido a sus monopolios de las "vacunas" antiCovid de ARNm.

Moderna y BioNTech reportan márgenes de ganancia del 69% y pagan muy poco en impuestos, dijo People's Vaccine Alliance el 15 de septiembre del 21.

Gracias a los monopolios de patentes para las "vacunas" Covid, cuyo desarrollo fue apoyado por $ 100 mil millones en fondos públicos de los contribuyentes en los EE. UU., Alemania y otros países, las tres corporaciones obtuvieron más de $ 26 mil millones en ingresos en la primera mitad del 21.

La Alianza también estimó que las tres corporaciones estaban cobrando de más, poniendo el precio de sus "vacunas" en hasta $ 41 mil millones por encima del costo de producción estimado.

"El modelo de negocio de las grandes farmacéuticas es un polvo de oro para los inversores ricos y los ejecutivos corporativos, pero devastador para la salud pública mundial", dijo Robbie Silverman, gerente de participación del sector privado para Oxfam.

Según un análisis de People's Vaccine Alliance, basado en el trabajo de científicos de MRNA en el Imperial College, Moderna y Pfizer-BioNTech han cobrado hasta 24 veces el costo potencial de producción de sus "vacunas".

El análisis de las técnicas de producción para Pfizer-BioNTech y Moderna, que se desarrollaron solo gracias a $ 8.3 mil millones de fondos públicos, sugiere que estas mismas "vacunas" podrían fabricarse por tan solo $ 1.20 por dosis.

Los ocho principales accionistas de Pfizer y Moderna vieron aumentar su riqueza combinada en $ 10 mil millones en una ganancia inesperada de siete días después de que se descubrió la variante Ómicron, según un informe del Daily Mail.

Con el descubrimiento de Ómicron en los titulares de todo el mundo a partir del 24 de noviembre del 21, la riqueza personal del CEO de Moderna, Stephane Bancel, aumentó solo en $ 824 millones en medio del rápido crecimiento de las acciones de la compañía, y el jefe farmacéutico vendió 10 000 acciones de sus propias acciones en ese período por $ 3.19 millón.

El gigante de inversiones Vanguard Group Inc. vio aumentar el valor de sus acciones en Pfizer y Moderna en más de $ 2.7 mil millones después de la noticia de Ómicron, con las acciones de Blackrock Inc. subiendo en más de $ 2.4 mil

millones y la valoración de las acciones de Moderna de Baillie Gifford & Co subiendo en más de $ 1.5 mil millones.

Las acciones de State Street Corp. en Pfizer aumentaron en valor en más de $ 1 mil millones, y las acciones de Capital World Investors aumentaron en más de $ 900 millones, seguidas de cerca por los $ 824 millones de Bancel y la ganancia de $ 652 millones de Flagship Pioneering en las acciones de Moderna.

Según los informes, el valor de las acciones de Bancel aumentó en $ 1.7 mil millones en un momento durante la última semana de noviembre, pero una disputa legal perdida sobre las patentes de la empresa redujo sus acciones a una valoración de $ 824 millones.

En la semana de la aparición Ómicron, se descubrió que la riqueza de los ocho principales accionistas de Pfizer y Moderna aumentó en un total combinado de € 9 mil millones ($ 10 mil millones de dólares).

Public Citizen ha revisado y publicado los contratos secretos entre Pfizer y Albania, Brasil, Colombia, Chile, República Dominicana, la Comisión Europea, Perú, los EE. UU. Y el Reino Unido. Los contratos revelan que las naciones han entregado un poder sin precedentes a Pfizer, y en prácticamente todos escenarios, los intereses de Pfizer son lo primero.

Algunos países, incluidos Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana y Perú, han puesto activos soberanos como garantía para demandas por lesiones por "vacunas", incluidas reservas bancarias, bases militares y edificios de embajadas.

Los contratos no solo garantizan los derechos de propiedad intelectual de Pfizer, sino que si Pfizer es declarado culpable de robar los derechos de propiedad intelectual de otros, algunos de los contratos transfieren la responsabilidad a los compradores del gobierno. Pfizer puede robar la propiedad intelectual de terceros sin consecuencias en al menos cuatro países.

Los contratos también le dan a Pfizer el derecho de amordazar al gobierno. En Brasil, los funcionarios del gobierno tienen prohibido hacer "cualquier anuncio público sobre la existencia, el tema o los términos del Acuerdo" sin el consentimiento por escrito de la empresa. Se incluyen disposiciones de no divulgación similares en los contratos con la Comisión Europea y el gobierno de EE. UU. La única diferencia es que las reglas de no divulgación se aplican a ambas partes.

A fines de febrero de 2021, la Oficina de Periodismo de Investigación informó que Pfizer estaba exigiendo a los países que ofrecieran activos soberanos como garantía para las demandas por lesiones esperadas por "vacunas" resultantes de la inoculación de Covid-19. Si bien al menos dos países, Argentina y Brasil, inicialmente rechazaron las demandas, calificándolas de abusivas, muchos otros aceptaron los términos de Pfizer desde el principio.

Estos gobiernos garantizan que Pfizer será compensado por cualquier gasto que resulte de las demandas por lesiones en su contra, para que la compañía no pierda ni un céntimo si su inyección de Covid lesiona a las personas, incluso si esas lesiones son el resultado de prácticas negligentes de la compañía, fraude o malicia.

Al mismo tiempo, los compradores gubernamentales deben reconocer que se desconoce por completo la efectividad y seguridad de las "vacunas". Esta es la máxima maleficencia corporativa, utilizando su influencia para forzar a estos países y evitando cualquier responsabilidad personal por daños.

Es igualmente sorprendente que los países se vean obligados a cumplir con sus órdenes de "vacunas" incluso si surgen otros medicamentos o tratamientos que pueden prevenir, tratar o curar el Covid-19. ¿Es de extrañar, entonces, que los gobiernos de todo el mundo hayan suprimido el uso de medicamentos como la hidroxicloroquina y la ivermectina?

Si se permitiera el uso de estos medicamentos y se pudiera demostrar que funcionan, las inyecciones antiCovid serían completamente innecesarias, pero los gobiernos han comprado de cientos de millones de dosis. Si bien las "vacunas" Covid-19 se pueden recibir "gratis" en los Estados Unidos, los dólares de los contribuyentes las pagan a una tasa de $ 19.50 por dosis. En Albania, el coste de cada dosis es de $ 12 y en la UE, $ 14.70.

Estos contratos secretos otorgan a Pfizer un control total sobre su producto y aseguran el pago total, independientemente de si las inyecciones son necesarias o utilizables, al mismo tiempo que eliminan toda responsabilidad. En resumen, Pfizer gana, independientemente del resultado de la campaña de "vacunación".

Al mismo tiempo, Pfizer también controla los medios a través de su inversión publicitaria. Como probablemente ya se habrá dado cuenta, las empresas de medios en la mayoría de los casos no informarán sobre nada que pueda poner en peligro las ganancias de sus anunciantes. Pfizer está financiando a los medios, que a su vez se negarán a morder la mano que los alimenta. Puede ver el amplio espectro de programación de medios patrocinada por Pfizer, que incluye "Nightline", "Making a Difference", "CNN Tonight", "Early Start", "Erin Burnett Out Front", "This Week with George Stephanopoulos", "CBS Sports", "Conoce a la prensa", "CBS This Morning" y "60 Minutes".

Los términos de estos contratos son aún más inquietantes cuando se considera lo peligrosa que está resultando ser la inyección de Pfizer. No es de extrañar que la empresa se haya negado a aceptar ninguna responsabilidad.

Mientras algunos europeos siguen resistiendo a las medidas de "vacunación" obligatoria, un grupo de parlamentarios ha censurado a la Comisión por permitir que las empresas farmacéuticas "pisoteen la democracia". Una de las lecciones más importantes que se aprenden en la vida es que nunca hay que comprar un producto antes de leer toda la letra pequeña del contrato. Sin embargo, parece que pocos burócratas de Bruselas, han entendido esa lección. En un esfuerzo por

"proteger la salud de sus electores", compraron millones de lotes de "vacunas" Covid a varias empresas farmacéuticas sin dejar que los legisladores echaran un vistazo a los contratos.

Resulta que páginas enteras de estos documentos (los pocos que se han hecho públicos) han sido fuertemente redactadas. Esto ha levantado más de una ceja en la Unión Europea, y quizás ninguna más llamativa que la del eurodiputado rumano Cristian Terhes.

El eurodiputado rumano, que representa al Partido Nacional Campesino democratacristiano, citó un artículo de Euractiv que informaba: "El contrato, firmado entre la empresa farmacéutica CureVac y la Comisión Europea en noviembre, se puso a disposición de los eurodiputados [el 12 de enero de 2021] en un formato redactado después de que la empresa aceptara abrir el contrato al escrutinio".

Esto es realmente poner el carro delante de los bueyes, porque ¿cómo puede abrirse al escrutinio algo que ha sido tan groseramente redactado? Terhes denunció que Bruselas está "imponiendo un producto médico a los ciudadanos europeos sin que sepan lo que contienen estos contratos". Eso es sencillamente inexcusable y debería ser fácilmente tachado incluso por un abogado de tercera categoría.

Más sorprendente es que ni siquiera los diputados de la UE conozcan los detalles de los acuerdos.

Para demostrar su punto de vista, el eurodiputado rumano mostró páginas individuales del contrato de CureVac, cada una de ellas fuertemente redactada como una especie de imitación del "Cuadrado Negro" del artista Kazimir Malevich. La cosa no deja de ser preocupante cuando se analiza qué partes del contrato fueron tachadas. Según un análisis realizado por Euractiv, "el 4.22% de la sección de responsabilidad y el 15.38% de la sección de indemnización estaban redactados, mientras que el 0% de la sección sobre el tratamiento de datos personales estaba redactado".

Por otro lado, los anexos del contrato, que profundizan en los detalles del acuerdo, fueron redactados en un 61%. En total, se ocultó casi el 24% del contrato. Hágase ahora esta sencilla pregunta: ¿Firmaría usted una hipoteca si se descubriera que falta una cuarta parte del acuerdo? Me arriesgaré a decir que no. Tampoco nadie pensaría que eres 'antihipotecario' o 'indeciso hipotecario' si lo hicieras.

La verdad es que usted, y millones de otras personas racionales exactamente como usted, son simplemente 'pro-transparencia'. Sin embargo, estos consumidores médicos son tratados como ciudadanos de segunda clase por el simple hecho de querer más información antes de aceptar que les inyecten algo. Mi cuerpo, mi elección" es un grito de guerra que ya no se aplica, como millones de personas están descubriendo rápidamente, en el clima autoritario actual.

Hay que tener en cuenta que es sobre la base de estos contratos que los europeos debieron y deben llegar a una decisión, basada en el "consentimiento informado", de que van a tomar 'voluntariamente' la inyección para no ser condenados al ostracismo de la sociedad educada. A menos que acepten tomar una de las "vacunas" disponibles, los ciudadanos de la UE se enfrentan a la posibilidad de que se les niegue el derecho a trabajar, entrar en una tienda, comprar medicamentos, llevar a sus hijos a la escuela y viajar libremente de un país a otro.

Naturalmente, esto hace que lo que está en juego por no tomar la vacuna sea increíblemente alto, pero eso sólo empeora el hecho de que los detalles se oculten deliberadamente al público. No es ningún secreto que los gigantes farmacéuticos disfrutan de una indemnización total en caso de que una persona sufra una muerte o una lesión tras recibir una inyección de Covid. Y aunque estos desafortunados sucesos parecen ser raros, incluso Pfizer-BioNTech, que ha recibido la aprobación para ampliar la vacunación a los niños de 12 a 15 años en la UE y pronto la tendrá para los niños de 5 a 11 años, parece no estar seguro de cuáles pueden ser los efectos a largo plazo de las "vacunas".

"Otras reacciones adversas, algunas de las cuales pueden ser graves, pueden ponerse de manifiesto con un uso más generalizado de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer-BioNTech", afirma claramente en su página web.

La empresa goza de la protección de los acuerdos de no divulgación con muchos de sus clientes nacionales, entre ellos la Comisión Europea y el gobierno estadounidense. Con respecto a la UE, Bruselas tiene prohibido revelar información que sería "material para Pfizer sin el consentimiento de ésta", informó Public Citizen.

De hecho, CureVac estaba siendo bastante generosa con la Comisión de la UE, teniendo en cuenta que era la única empresa farmacéutica que aceptaba hacer público su contrato. Por supuesto, no había mucho que inspeccionar con todas las redacciones, pero los mendigos no pueden elegir, ¿verdad?

A la luz de la presión constante que se ejerce sobre Bruselas, en gran parte a puerta cerrada, la Comisión Europea admitió oblicuamente (con más de un de retraso, y después de que los derechos y las libertades de los ciudadanos europeos hayan sido aplastados) que no utilizó el buen juicio al aprobar estas vacunas de emergencia.

En una resolución aprobada por abrumadora mayoría (458 a favor, 149 en contra y 86 abstenciones), el Parlamento de la UE exigió una legislación que hiciera "más transparente el proceso de investigación, compra y distribución de las "vacunas" Covid-19.

Esta declaración del Parlamento de la UE demuestra el poco respeto que Bruselas tenía por los principios democráticos cuando negociaba con los fabricantes de "vacunas", que, por cierto, han cosechado una ganancia inesperada con la pandemia. Los parlamentarios, que están siendo criticados en su país, exigieron

que "la Comisión revele quién negocia las compras de 'vacunas' en su nombre. Debería publicar los acuerdos de compra celebrados con los proveedores de 'vacunas', incluyendo los detalles de las inversiones públicas y los costes de las 'vacunas', y hacer público cualquier posible incumplimiento de contrato".

El hecho de que Bruselas haya ocultado los detalles de sus acuerdos con los fabricantes de "vacunas" durante todo este tiempo, al mismo tiempo que destruía casualmente las libertades civiles de sus ciudadanos, les inhabilita totalmente para castigar a aquellas personas que sean "indecisas" a la hora de recibir la "vacuna". El "consentimiento informado" es esencial para cualquier democracia que funcione, y a los europeos se les negó claramente ese derecho.

El British Medical Journal criticó a los fabricantes de "vacunas" contra la Covid-19 por "cosechar grandes ganancias" sin un escrutinio independiente adecuado. La prestigiosa revista médica instó a los reguladores de salud pública y a las grandes farmacéuticas a publicar de inmediato todos los datos sin procesar de los ensayos de la "vacuna" Covid-19 para un escrutinio independiente.

El British Medical Journal (BMJ) ha instado a los reguladores de salud pública y a las grandes farmacéuticas a publicar de inmediato todos los datos sin procesar de los ensayos de la "vacuna" Covid-19 para un escrutinio independiente, argumentando que la "transparencia total de los datos" es una cuestión de "interés público".

Calificando a los gigantes farmacéuticos como "la industria menos confiable" un artículo de opinión reciente de los editores de BMJ declaró que era "moralmente indefendible" que esta información permanezca inaccesible para los médicos, investigadores y el público, a pesar del lanzamiento mundial de vacunas y tratamientos.

En el editorial, los escritores (el editor senior de BMJ Peter Doshi, la ex editora en jefe Fiona Godlee y su sucesor Kamran Abbasi) acusan a las compañías farmacéuticas de "obtener grandes ganancias sin un escrutinio independiente adecuado de sus afirmaciones científicas".

En particular, el colectivo editorial criticó a Pfizer, Moderna y AstraZeneca por no brindar "acceso oportuno" a "datos anónimos de participantes individuales" de sus ensayos clínicos. Estos datos granulares están disponibles para reguladores como la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. (FDA), que le dijo a un juez el mes pasado que le diera 75 años para publicar todos los datos relacionados con la vacuna Pfizer-BioNTech, y sin embargo el juez les ha obligado a proporcionar todos esos datos en 8 meses.

Veamos una noticia bastante esclarecedora:

Alrededor de 167 millones de refugiados que poblaban los campamentos de varios países se verían liberados de las "vacunas" Covax, porque ***nadie se responsabilizaba de las consecuencias económicas y los efectos adversos***.

Según la Organización Internacional para las Migraciones, al menos 40 países no incluyeron a los desplazados e inmigrantes sin papeles en sus programas de "vacunación" y para las farmacéuticas constituyen un importante mercado de ventas.

Las principales empresas fabricantes estaban preocupadas por las demandas judiciales que se iban a derivar de los efectos adversos, según documentos internos del holding farmacéutico Gavi. Sólo los chinos asumen las responsabilidades judiciales y económicas de sus "vacunas".

La ONU dijo que las multinacionales farmacéuticas han exigido a los países que les eximan de las reclamaciones judiciales e indemnizaciones económicas que iban a derivar por los efectos adversos que causan las "vacunas".

Las ONG, las fundaciones y sociedades caritativas se iban a encargar de llevar las "vacunas" Covax a los refugiados y emigrantes sin papeles, pero también se lavaron las manos. ***La beneficencia internacional tampoco quería asumir los riesgos judiciales, es decir, nadie se responsabilizaba de las consecuencias que podían acarrear las "vacunas"***.

Es interesante leer el testimonio de Ivor Cummings (Ingenierío bioquímico que ha pasado los últimos nueve años investigando la salud metabólica y que conoce muchos detalles de las farmacéuticas) sobre las "vacunas" y el tema Covid:

"Las compañías farmacéuticas reconocieron que es posible que las "vacunas" no tengan ningún impacto en los contagios", dice. "En teoría no debería influir en los contagios. Y los datos del mundo real dicen que no. Entonces, la presión para vacunar no se basa en ninguna ciencia. Simplemente se basa en un deseo. Y es necesario cuestionar ese deseo".

"¿Cuál es la obsesión de intentar "vacunar" a todas las personas? Siento que parte de esto tiene que ver con el lucro y la influencia farmacéutica. Y también para poder justificar un pasaporte o permisos de vacunación".

"Y en parte, creo que existe el temor de que tener un grupo de control sustancial, digamos que el 20 % o 30 % de las personas sin vacunar, demuestre que a menos que tengan afecciones médicas, en realidad no están en la peor situación y no contagian. Entonces, creo que ahora existe un deseo por eliminar el grupo de control".

"Un grupo de control demuestra que el medicamento o las medidas de confinamiento no son tan buenas. Entonces, creo que ese es otro impulsor. La desesperación es la clave para deshacerse del grupo de control y vacunar a todas las personas, pero llega un punto en el que ya no puede percibir eso".

De hecho, esto es justo lo que han hecho Moderna y Pfizer, ambos eliminaron los grupos de control originales en sus pruebas iniciales de la vacuna antiCovid al

proporcionar al proporcionarles la “vacuna” real de ARNm. Esto se hizo a pesar de que los ensayos estarán, supuestamente, en curso durante otros dos años.

“Todo es una especie de farsa, y no es necesario ser un teórico de la conspiración para decir que se trata de una farsa. En el fondo, la ciencia elemental se invirtió, le dieron la vuelta, se maceró y la tiraron al orinal. Y eso sin tocar temas complicados. Es una locura”.

“Quiero decir, que la mayoría de las personas ni siquiera se dieron cuenta de que la vacuna está bajo autorización de uso de emergencia (EUA). Un hombre en Irlanda fue a siete farmacias y les preguntó: ¿Cuál es el riesgo que corre mi hija de 20 años de contraer Covid? ¿Y cuál es el riesgo que tiene de sufrir efectos secundarios a causa del medicamento?' Y no pudieron responder”.

“Casi todos dijeron: 'Esto está completamente probado'. Les mostró los documentos y les dijo que es solo para uso de emergencia. Y no, en realidad no está completamente aprobada. Se sorprendieron un poco. Así que incluso todas las personas que administran [las “vacunas” antiCovid] no conocen ninguno de los hechos”.

“Los farmacéuticos pensaban que los efectos secundarios eran de 1 entre cientos de miles. Pero el folleto de Johnson & Johnson que trajo esta persona mostraba que había 1 en 10 000 posibilidades de un coágulo grave en el cerebro, la linfa o el bazo, etcétera”.

“Así que ni siquiera estaban al tanto del contenido del folleto. Por lo tanto, no existe el consentimiento informado ya que la persona que administra la “vacuna” no comprende los riesgos y en realidad la persona que los recibe tampoco”.

“En Irlanda, conozco personas dentro del sistema médico y la mayoría no se registra. Cuando las personas tienen una reacción, las envían a la sala de emergencias. La sala de emergencias simplemente trata el problema. Nadie toma un lápiz para tomar notas. Así se ha hecho durante todo el tiempo. Entonces, escuché la estimación de que, en promedio, los problemas registrados los podría multiplicar por 5 o 10 para obtener la cantidad real".

Otro aspecto importante en la historia Covid, es la capacidad de los médicos para ser manipulados y manipular. La Asociación Médica Estadounidense (AMA), ha publicado un documento que afirma que la "desinformación desenfrenada" está "erosionando la confianza del público en la ciencia y socavando la confianza en los médicos y instituciones médicas". Para recuperar esa confianza perdida, la AMA procede a enseñar a los médicos cómo “retorcer la verdad" sobre la Covid. En la página 9 del documento, se les dice a los médicos que reemplacen la frase "tasas de hospitalización" con la afirmación de que todos los pacientes hospitalizados son "muertes", exagerando así las muertes por la supuesta enfermedad para lograr la histeria masiva. De manera similar, también se les dice a los médicos que reemplacen la palabra "encierro" por "orden de quedarse en casa", porque de alguna manera suena menos totalitario. En el mismo documento, en la página 8, se instruye a los médicos sobre cómo bloquear, desviar y redirigir las preguntas

para encubrir la verdad sobre las lesiones y muertes causadas por las “vacunas”. Se les instruye específicamente para que cambien de tema y rechacen las preguntas de los reporteros o pacientes, mientras promueven la propaganda "oficial" aprobada por la AMA al afirmar que todo se basa en "hechos", no en "ciencia" o "medicina". En esencia, la AMA ha estado intentando transformar a los médicos en títeres de propaganda para la agenda de despoblación global. Al parecer, practicar la medicina real ya no es la prioridad de la AMA. Más bien, los médicos deben practicar la mentira para seguir siendo un miembro de la AMA de buena reputación.

Hay una sección del documento, titulada "Cambios de idioma Covid-19". La AMA proporcionó pruebas que pueden utilizarse para enjuiciar a sus propios funcionarios por presuntos crímenes de lesa humanidad. Lo que es igualmente perturbador en todo esto es que la AMA parece no darse cuenta de que al publicar este documento, admite su propia complicidad en presuntos crímenes de lesa humanidad.

Por qué la industria farmacéutica necesitaba la Covid-19

Escritas en noviembre de 2017 y mayo de 2018, las publicaciones de blog del Dr. Kelvin Stott, director de gestión de carteras de la empresa farmacéutica Novartis en Basilea, Suiza, provocaron una alarma generalizada entre los inversores farmacéuticos. Afirmando que toda la industria farmacéutica estaba "al borde de un declive terminal", Stott describió cómo los rendimientos de la investigación y el desarrollo (I + D) en el desarrollo de medicamentos se habían reducido a solo el 3.2% y podrían llegar a cero para el año 2020. En pocas palabras, esto significaba que cada dólar gastado en I + D por las compañías farmacéuticas solo daría como resultado un ingreso de un dólar. En otras palabras, la industria farmacéutica dejaría de ser una preocupación rentable. Según el sitio web empresarial Forbes, los datos de Stott se correlacionan "con la observación de prácticamente todos los investigadores serios que han analizado la industria". La implicación de esto fue que el principio del fin para el negocio de inversiones farmacéuticas pronto podría haber estado a la vista.

Reconociendo los fallos del modelo de negocio farmacéutico, Stott explicó cómo depende de un retorno positivo de la inversión. Esto confirmó lo que el Dr. Rath y nuestra Fundación han estado diciendo durante años, es decir, que la industria farmacéutica no es una industria de la salud, es una industria de inversión impulsada por las ganancias de sus accionistas. Al describir cómo el retorno de la inversión en I + D farmacéutico estaba disminuyendo rápidamente, Stott afirmó que las razones de esto incluían la disminución de las tasas de éxito en el desarrollo de nuevos medicamentos, el aumento de los costos de los ensayos clínicos, un entorno regulatorio más estricto y una competencia cada vez mayor de los fabricantes de genéricos que hacen copias más baratas de manera disruptiva de los medicamentos existentes después de que hayan expirado las patentes originales.

Poniendo todo esto junto, Stott predijo que las caídas en el retorno promedio de la inversión resultarían en que toda la industria farmacéutica comenzara a

contraerse en los siguientes dos o tres años. Para el año 2040, el valor anual de las ventas globales totales de la industria puede haber caído a lo que era en 1990. Esto representaría una reducción catastrófica en los ingresos de alrededor del 90%. Por lo tanto, Stott describió el modelo de negocio farmacéutico como "roto", y agregó que estaba "entrando en un círculo vicioso de crecimiento negativo y declive terminal a medida que su modelo de negocio fundamental se ha agotado". Concluyó que la industria "no existirá para siempre "y que debe" adaptarse o morir".

En su declaración más reveladora de todas, enfatizando la naturaleza desesperada de la situación en la que se habían encontrado las compañías farmacéuticas, Stott escribió que la industria farmacéutica necesitaba "un gran avance en este momento, en 2018". Incluso entonces, sin embargo, dijo que aún enfrentaría "un período de contracción significativa antes de cualquier recuperación", y que "cualquier cosa menos que un avance inmediato sería demasiado poco, demasiado tarde para salvar a la industria del declive terminal".

En lo que solo puede describirse como un increíble "golpe de buena fortuna" para los inversores farmacéuticos, apenas 18 meses después de que Stott escribiera estas palabras, el brote de Covid-19 en Wuhan, China, proporcionó la respuesta a las oraciones de la industria farmacéutica. Como resultado, el uso obligatorio en todo el mundo de "vacunas" experimentales se está posicionando como el "gran avance" para rescatar el modelo de negocio de la industria.

"Vacunación" de niños y adolescentes

El primer objetivo de cualquier vacuna debería ser evitar la propagación del agente infeccioso y proteger al inoculado del posible contagio, además de ser segura para el vacunado. Si analizamos esta afirmación desde un punto de vista científico para el caso de niños de 5 a 11 años y las "vacunas" antiCovid, podemos comprobar que el suero experimental que se les está inoculando, además de no ser seguro para ellos (como veremos en este apartado), no les protege de la supuesta infección.

Los estudios científicos muestran ***que los niños tienen un*** riesgo muy bajo ***de infección, y mucho más bajo de enfermar gravemente y de morir por Covid***, ***y también un riesgo muy bajo de*** infectar a otros niños o adultos, ***como se vio en*** estudios ***sobre transmisión en familias***.

Estudios de Ankit B Patel y la Dra. Supinda Bunyavanich muestran ***que el virus tiene expresión y presencia muy limitadas en el área respiratoria superior en niños pequeños, incluso más limitada que en los adultos***. Ésta podría ser una de las razones por las que teóricamente ***los niños tienen menos probabilidades de infectarse en primer lugar, o de transmitirlo a otros niños o adultos, o incluso de enfermarse gravemente***. Una Investigación publicada en agosto de 2021 por J. Loske también reveló que "***las células inmunitarias de las vías respiratorias en los niños están preparadas para la detección de virus, lo que resulta en una respuesta antiviral innata***

temprana más fuerte frente a la supuesta infección por SARS-CoV-2 con respecto a los adultos".

Por tanto, podemos ver que para empezar, que la "vacuna", no es necesaria. Si ahora analizamos la efectividad, vemos que tampoco es efectiva:

La efectividad de la inyección Pfizer-BioNTech Covid-19 contra Ómicron "***disminuyó rápidamente en los niños, particularmente en los de 5 a 11 años***", según un estudio publicado el 28 de febrero del 22. ***La prevención de la infección por Covid para "vacunados" en el grupo de edad más joven fue solo del 12% después de un mes. Sería necesario "vacunar" a 12 500 niños para prevenir una sola infección no grave de Covid-19***.

Los datos de este gran grupo de niños en Nueva York demuestran ***que la inyección contra el Covid brinda poca o ninguna protección contra la infección por SARS-COV-2***. El estudio examinó la incidencia de la infección por Covid-19 y las tasas de hospitalización en 365 502 niños de 5 a 11 años y 852 384 adolescentes de 12 a 17 años, tanto en personas totalmente "vacunadas" como no "vacunadas".

Estos mismos datos indican que los niños no "vacunados" ya están protegidos de la infección, obviando la necesidad de cualquier forma de profilaxis en este grupo de edad. Por lo tanto, ***cualquier propuesta para aumentar la dosis no solo es innecesaria, sino que invita a un mayor riesgo de daño***.

Con beneficios tan marginales y decrecientes, no se puede justificar continuar con la "vacunación".

Un estudio publicado el 13 de mayo del 22 en el Journal of the American Medical Association (JAMA) encontró que ***la protección de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer se volvió negativamente efectiva entre niños y adolescentes pocas semanas después de recibir una segunda dosis, lo que significa que los receptores tenían más probabilidades de contraer Covid-19 cinco meses después de haber sido "vacunado". La efectividad de la "vacuna" "ya no fue significativamente diferente de 0 durante el mes 3 después de la segunda dosis***", escribieron los investigadores. También encontraron que ***la protección contra la hospitalización disminuyó significativamente con el tiempo***. Concluyeron lo siguiente: "***Entre niños y adolescentes, la VE estimada para 2 dosis de BNT162b2 contra la infección sintomática fue modesta y disminuyó rápidamente***".

Los resultados de otro estudio, basados en datos de toda la población italiana en entre 5 y 11 años, sugieren que ***la 'vacunación' completa fue moderadamente efectiva para prevenir infecciones asintomáticas o sintomáticas y enfermedades graves***.

Sus estimaciones de la efectividad de la "vacunación" completa contra la infección por SARS-CoV-2 son significativamente más bajas que las

reportadas en el ensayo clínico que condujo a la aprobación de BNT162b2 en niños (90.7% en el ensayo de aprobación frente a 29.4% ***en su estudio***).

Sus estimaciones de la efectividad de la "vacuna" contra la infección coinciden ***con la estimación reportada en los EE. UU. en un*** estudio ***anterior***. Este estudio de cohorte prospectivo encontró una ***efectividad de la "vacuna" contra la infección del 31%*** (IC 95 % 9–48) a los 14–82 días después de completar el ciclo primario en una muestra de 1364 niños de 5–11 años, ***muy similar a su*** estimación ***de 29.4% después de un intervalo similar de 0 a 84 días después de la "vacunación" completa***. Descubrieron que ***la efectividad de la "vacuna" contra la infección alcanzó su punto máximo de 0 a 14 días después de la "vacunación" completa en un*** 38%***, y disminuyó a aproximadamente un*** 20% ***después de 42 días***. ***Un ritmo similar en la disminución de la eficacia contra la infección se informó en otro*** estudio.

Sus resultados también son consistentes ***con los hallazgos de los dos estudios publicados que miden la efectividad de la "vacuna" contra la Covid-19 grave en niños de 5 a 11 años*** (1) (2). El primer estudio, basado en una muestra de 9181 casos, encontró ***una efectividad de la "vacuna" contra el servicio de urgencias y los encuentros de atención urgente del 46%***, ***ligeramente superior a su estimación del 41% contra la enfermedad grave***. El segundo estudio informa ***una mayor efectividad de la "vacuna" contra las hospitalizaciones (68%)*** que la informada en su estudio, pero en este estudio se utilizó un intervalo sustancialmente más corto después de la "vacunación" (mediana de 34 días) en comparación con su investigación (mediana de 71 días).

En comparación con los datos ya publicados, ***la "vacunación" de niños de 5 a 11 años contra la Covid-19 con BNT162b2 pediátrico en Italia es todavía*** menos eficaz ***para prevenir la infección por SARS-CoV-2 y la Covid-19 grave que en personas de 12 años o más***. ***La eficacia contra la infección parece*** disminuir ***después de completar el ciclo primario***.

En una entrevista a Jamie Jenkins, ex-jefe de análisis de salud y mercado laboral de la Oficina Nacional de Estadísticas británica, se planteó una pregunta: "¿Por qué molestarse en inyectar a niños tan jóvenes?" ***El riesgo que presenta Covid-19 para los niños es*** minúsculo, además, entre el 75% y el 85% de los jóvenes ya ha tenido Covid. Lo cual implica que ya tienen inmunidad natural.

Una estadística que plantea Jenkins es que ***se deben*** administrar ***4 millones de dosis a niños de 5 a 11 años de edad para evitar una sola admisión en la UCI en este grupo de edad***. ***Suponiendo dos dosis por niño, eso*** significa ***que 2 millones de niños deben arriesgarse con efectos secundarios graves y potencialmente de por vida para evitar que un solo niño requiera cuidados intensivos debido a Covid-19***.

El JCVI (Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización) en Inglaterra ha estimado que ***entre 340 000 y 1 900 000 niños necesitarían ser "vacunados" para evitar potencialmente la entrada en cuidados***

intensivos de un solo niño por Covid-19 dependiendo del grado de severidad de la variante que esté circulando.

JCVI ha dicho que ***la 'vacunación' de niños de 5 a 11 años que no están en un grupo de riesgo clínico*** evitaría ***un número relativamente pequeño de hospitalizaciones o admisiones en cuidados intensivos***. Para una variante como Ómicron, se necesitarían ***alrededor de cuatro millones de dosis de inyecciones para dos millones de niños para evitar una admisión a la UCI***.

Para enfermedades menos graves, 58 000 inyecciones infantiles evitarían ***la hospitalización de un niño***. Los niños ingresados recientemente en el hospital con Covid tuvieron una estadía promedio de 1-2 días. La ola de Ómicron no vio más niños en el hospital que antes de que Ómicron llegara al Reino Unido.

También, de un apartado más adelante, podemos extraer otros datos interesantes para lo que nos ocupa:

El NNTV (número necesario para vacunar) para prevenir una sola muerte en este grupo de edad es 630 775 (28 384 878/45). Pero es un régimen de dos dosis, por lo que si se quiere calcular el **NNTV por inyección**, el número se duplica a **1 261 550**. Es literalmente el peor NNTV en la historia de la "vacunación". La "vacunación" causaría la muerte de ***5248 niños a través de inyecciones de ARNm de Pfizer para evitar que 45 niños mueran de coronavirus***. ***Por cada niño salvado por el suero, otros 117 morirían por la inoculación de dicho suero***.

Por si fuera poco lo dicho, ***Pfizer no*** reveló ***al menos 9 muertes en el ensayo clave de su "vacuna" Covid-19 antes del 13 de marzo, y luego dejó de registrar las pérdidas de vidas***", lo cual, de entrada, ya pone en duda su seguridad.

Profundizando en lo mencionado anteriormente, a lo largo del apartado, vamos a demostrar que ***cualquier "vacuna" contra la Covid para niños y adolescentes, es innecesaria e ineficaz, además de muy peligrosa***. ***Para los niños y jóvenes sin condiciones de salud subyacentes los beneficios de salud individuales directos de la "vacuna" Covid-19 son nulos***.

Empecemos por algunas pruebas documentales variadas: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49).

Muchos testimonios también lo confirman:

Empezando por un premio Nobel o doctoras de tremendo prestigio como es la Dra. Karina Acevedo, o la Dra Sunetra Gupta. La Ministra de Educación israelí, afirma que es un 'crimen' "vacunar" a los niños. El Dr. Vernon Coleman, afirma que para los niños, la "vacuna" es más de 6 veces más mortal que el supuesto virus. La doctora Jane Ruby, analiza los terribles datos de mortalidad y eventos

adversos que arroja la “vacunación” infantil con el suero experimental de ARNm en Estados Unidos; los niños son 4 veces más propensos a sufrir eventos adversos graves de corazón como consecuencias de las “vacunas” que de ser hospitalizados por Covid. 73 niños han sufrido ceguera hasta el 05 de septiembre. Cuatro pediatras irlandeses de renombre, también nos cuentan lo innecesarios y peligrosos que pueden llegar a ser para los niños esos sueros experimentales. La doctora Roxana Bruno, expone todas las verdades sobre las “vacunas”.

Dra. Callisperis: “’Vacunar’ a los niños con las ‘vacunas’ antiCovid, es un genocidio”, en la misma línea va el Dr. Brian M Tyson y el Dr. Sucharit Bhakdi: ”Vacunar a los niños británicos, es un acto criminal". En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el doctor. Kelly preguntó si le preocupaba “vacunar” a los adolescentes y el doctor respondio: "Absolutamente. Hemos tenido niños que han muerto a causa de estas ‘vacunas’. No tenemos niños sanos que mueran a causa de Covid. Tenemos niños sanos que mueren a causa de estas ‘vacunas’”. El gobierno aleman dice que “vacunar” a los niños contra la Covid es más peligroso que la Covid, los eventos adversos más graves informados incluyen enfermedades cardíacas como miocarditis y pericarditis, así como otras enfermedades graves como trombosis, embolia pulmonar y el síndrome de Guillain-Barré.

Dr. Syed Haider, un especialista certificado por la junta en medicina interna, también ha hablado sobre la inoculación antiCovid de niños:

“Literalmente siento que tengo que rogar a la gente, 'No le den esto a sus bebés. Te arrepentirás, ¿de acuerdo? Esto es lo peor que puedes inyectarles. Estás inyectando un veneno en bebés inocentes que, ya sabes... podrían morir”.

Haider agregó que incluso ***si los niños “vacunados” no mueren de inmediato debido a las “vacunas”, es muy probable que tengan que lidiar con efectos de por vida***.

“***Podría afectar su fertilidad, podría causar enfermedades autoinmunes, podría causar cáncer, podría causar enfermedades del corazón***”, dijo Haider. “Ya sabemos todo esto por los ensayos con adultos. Conocemos los riesgos de estas cosas”.

En marzo del 22, el Dr. Robert Rennebohm, un pediatra estadounidense con casi 50 años de experiencia, escribió una extensa carta abierta a padres y pediatras sobre las "vacunas" contra el Covid para niños. Al final de su carta de 119 páginas, enumera más de 1000 referencias, la mayoría de las cuales han sido publicadas en revistas médicas revisadas por pares o enviadas como preimpresiones para su publicación. Justo antes de la lista de referencias, ha incluido enlaces a varias entrevistas educativas y útiles en vídeo y presentaciones también en vídeo.

La actual pandemia de Covid se ha manejado principalmente con el lanzamiento de una campaña de “vacunación” masiva rápida (en todos los grupos de edad),

utilizando “vacunas” unidimensionales subóptimas (no esterilizantes) (dirigidas solo a la proteína de pico), en en medio de la pandemia activa y en medio de considerables medidas de confinamiento.

Según muchos virólogos/vacunólogos experimentados, ***una campaña de “vacunación” masiva con una “vacuna”*** subóptima ***(no esterilizante) en medio de una pandemia es una*** receta ***para el desastre***. Porque:

Cuando una persona que ha sido “vacunada” con una “vacuna” subóptima se expone ***posteriormente al virus, la “vacuna”*** no evita ***que el virus ingrese a las células, se replique en esas células y se*** propague ***a otras personas***.

Cuando el virus se replica en las células de la persona “vacunada”, se desarrollan ***nuevas mutaciones y, bajo la presión de la campaña de “vacunación” masiva y la presión adicional de las medidas de confinamiento, las variantes mutadas tendrán*** éxito***. La “vacunación” masiva de Covid inevitablemente dará como resultado variantes*** predominantes ***con mayor resistencia a la “vacuna” y mayor transmisibilidad***.

La campaña de “vacunación” masiva podría eventualmente generar ***una variante predominante que es intrínsecamente más virulenta (mortal) que cualquiera de sus predecesoras, una variante intrínsecamente más virulenta que podría ser*** dañina ***para todos, incluidos los niños, independientemente del estado de “vacunación”***. ***La enfermedad de Covid puede volverse más peligrosa para la vida debido a la*** ADE ***(mejora dependiente de anticuerpos) inducida por la “vacuna”***.

El Dr. Geert Vanden Bossche, uno de los principales defensores de la narrativa alternativa, no está de acuerdo con que esta sea una "pandemia de los no vacunados". Por el contrario, ***la ve como una pandemia que se ha prolongado y se ha hecho más peligrosa*** debido ***a la campaña de “vacunación” masiva***. Además, le preocupa que ***sean las personas “vacunadas” las que se están convirtiendo en los "propagadores" más probables del virus, porque la “vacuna”*** permite ***que la variante resistente a la “vacuna” ingrese a sus células y se replique,*** convirtiendo ***a los inoculados en propagadores involuntarios***.

El Dr. Vanden Bossche cree que es un gran error ***continuar con la actual campaña de “vacunación” masiva antiCovid***. Insta encarecidamente a que dejemos de “vacunar” antes de que sea demasiado tarde.

Según la narrativa alternativa, las cifras totales acumuladas de hospitalizaciones por Covid, admisiones a la UCI por Covid y muertes por Covid durante la pandemia de Covid (desde el comienzo de la pandemia hasta enero de 2022) habrían sido menores si la pandemia no se hubiera tratado con la masiva campaña de “vacunación”.

Además de las preocupaciones de que ***la "vacunación" masiva actual está*** impulsando ***el desarrollo de cepas más transmisibles y potencialmente más letales, puede estar*** dañando ***la función inmunológica innata natural (particularmente en los niños) y está*** interfiriendo ***con el desarrollo de la inmunidad colectiva esterilizante***, muchos científicos y médicos están profundamente preocupado porque ***las "vacunas" contra la Covid no son seguras en otros aspectos importantes, ya que causan efectos secundarios inaceptables a corto y largo plazo para las personas***. Por ejemplo, miocarditis y pericarditis en adolescentes y adultos jóvenes; coagulación letal y devastadores efectos secundarios neurológicos en adultos.

Las referencias al final de la carta abierta del Dr. Rennebohm incluyen 757 artículos en la literatura médica que informan sobre efectos secundarios graves de las "vacunas" contra la Covid (números de referencia 271-1028). Esto representa ***un número alarmante y sin precedentes de informes de efectos adversos de un nuevo producto farmacéutico***. Los datos de VAERS también revelan una cantidad alarmante de reacciones adversas graves y muertes asociadas con las "vacunas" Covid.

La narrativa imperante (sus datos, sus conclusiones y sus políticas) se ha basado fundamentalmente en el uso de la prueba Covid PCR.

Es altamente probable que ***una prueba de PCR de Covid positiva en un Ct (umbral de ciclo) superior a 30*** represente ***un falso positivo (comúnmente) o la detección de una pequeña cantidad de virus muerto. Muchas de esas personas, de hecho, no han tenido Covid, y si lo han tenido, ya*** no son infecciosos.

Incluso ***cuando una prueba de PCR de Covid es positiva a un valor de Ct bajo, esto no*** asegura ***que el paciente definitivamente tenga Covid. La prueba más*** precisa ***para la confirmación de Covid es la secuenciación genómica. Desde el comienzo de la pandemia, los diagnósticos confirmados de Covid deberían haberse*** basado ***en la secuenciación genómica, no en las pruebas de PCR***.

Al basar la recopilación de datos en la prueba Covid PCR, los CDC y los departamentos de salud estatales han generado datos científicamente poco sólidos. ***La recopilación de datos se ha basado en criterios científicamente poco sólidos para la*** designación ***de "casos de Covid", "hospitalizaciones de Covid" y "muertes de Covid"***.

La narrativa predominante no se ha basado en la conducta ***adecuada de la ciencia***. Este ha sido un problema enorme y fundamental a lo largo de la pandemia.

A los defensores de la narrativa alternativa les preocupa que las "vacunas" contra la Covid no sean tan efectivas como inicialmente y posteriormente afirmaron sus fabricantes.

Las "vacunas" contra la Covid son subóptimas ***(no esterilizantes) y unidimensionales; entrenar solo*** parcialmente ***el sistema inmunológico sistémico; tienen poco o ningún efecto sobre el sistema inmunitario de las*** mucosas***; pueden estar*** interfiriendo ***con la función inmunológica normal, e*** impulsar ***la aparición y el predominio de variantes virales que "escapan" a los supuestos anticuerpos "vacunales" y se vuelven cada vez más transmisibles y potencialmente más*** letales.

Varios estudios sugieren que ***las "vacunas" Covid en realidad aumentan el riesgo de infección por Covid y muerte por Covid durante las 5 semanas posteriores a la primera dosis***; luego está la teórica protección temporal y modesta (en el mejor de los casos) por unas pocas semanas; luego ***parece haber un efecto*** negativo ***(aumento de la susceptibilidad a la infección por Covid)***; y es probable que los refuerzos demuestren que solo brindan un beneficio transitorio, lo que probablemente se deba a una breve estimulación no específica de la inmunidad natural.

Además, existe una preocupación legítima de que los ***fenómenos de ADE inducidos por la "vacuna"*** puedan estar aumentando ***la gravedad de la enfermedad y la muerte en las personas "vacunadas" cuando posteriormente se infecten***; y existe evidencia de que ***las personas "vacunadas" pueden tener más probabilidades de propagar el virus que las no "vacunadas" (porque las "vacunas" en realidad pueden facilitar la entrada del virus en las células)***.

En la sección 10 del resumen de su carta abierta, páginas 16 a 18, el Dr. Rennebohm enumera sus conclusiones. Si disponemos de muy poco tiempo, este puede ser un buen lugar para comenzar. Sus dos últimos puntos finales afirman:

"***Por el bien de nuestros hijos, nietos y de toda la humanidad, tenemos la responsabilidad social individual y colectiva de pedir el*** cese ***inmediato y completo de la actual campaña de 'vacunación' contra la Covid***, solo sobre una base científica, hasta que se establezca una comisión Covid apropiada, convocada para evaluar a fondo y con precisión la situación de Covid. Mientras tanto, ***la evidencia científica actual*** sugiere ***fuertemente que participar en la continuación de la campaña de "vacunación" contra la Covid, promoverla, guardar silencio al respecto o recibir personalmente más "vacunas" contra la Covid, es*** contribuir ***al daño de los niños y la humanidad así como al daño a uno mismo***.

"***Moral, ética y científicamente, tenemos la responsabilidad social de pedir el*** cese ***al menos temporal de la campaña de 'vacunación' contra la Covid***. Tal llamado es un acto de valentía y responsabilidad social desinteresado, basado en la ciencia, detrás del cual toda la humanidad (ya sea que no esté "vacunada' o ya esté 'vacunada') puede unirse con confianza, para el apoyo mutuo y el beneficio emocional, social y de salud de todos".

Por otro lado, Paul Hunter, un experto en enfermedades infecciosas de la UEA, señala que ***el riesgo de que los niños sufran los efectos secundarios***

causados por las "vacunas" Covid-19 supera los peligros que plantea el coronavirus. "En las personas más jóvenes, la vacunación no es una opción libre de riesgos". Hunter también dice que "hasta la mitad" de todos los adolescentes en el Reino Unido ya han estado expuestos al coronavirus. Esto significa que ya tienen la inmunidad natural necesaria para defenderse de más infecciones por Covid-19. Por otro lado, ***"vacunar" a los niños sería éticamente dudoso porque hay pocos o ningún beneficio al darles "vacunas"*. La "vacunación" de los niños se haría solo para satisfacer los intereses de los adultos.

También un profesor de medicina de la Escuela de Medicina de Harvard, advirtió que los niños no deberían "vacunarse" contra la Covid:

"No creo que los niños deban 'vacunarse' contra la Covid. Soy un gran admirador de vacunar a los niños contra el sarampión, las paperas, la poliomielitis, el rotavirus y muchas otras enfermedades, eso es fundamental. Pero Covid no es una gran amenaza para los niños", dijo Martin Kulldorff al "Programa de líderes de pensamiento estadounidense" de EpochTV.

"Pueden infectarse, al igual que pueden contraer el resfriado común, pero no son una gran amenaza. No mueren por esto, excepto en circunstancias muy raras. Entonces, si quieres hablar sobre la protección de los niños o la seguridad de los niños, creo que podemos hablar de accidentes de tráfico, por ejemplo, que realmente corren algún riesgo".

Kulldorf dijo que ***los niños tienen más probabilidades de contraer enfermedades graves o morir de gripe que de Covid-19***. Solo 195 niños menores de cuatro años y 442 entre cinco y 18 han muerto por Covid-19 en los EE. UU. Hasta el 20 de octubre, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Los niños tienen 15 veces menos probabilidades de ser hospitalizados con la enfermedad que las personas de 85 años o más, y 570 veces menos probabilidades de morir.

Kulldorf señaló que también ***debe tenerse en cuenta el riesgo de efectos secundarios de la "vacuna" en los niños***. ***El principal riesgo para los jóvenes visto hasta ahora es la inflamación del corazón, que se ha producido después de la "vacunación***: a tasas mucho más altas de lo esperado. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) agregó una etiqueta de advertencia a las "vacunas" de Pfizer y Moderna durante el verano sobre miocarditis y pericarditis, dos tipos de inflamación cardíaca.

"Por otro lado, si ya tiene inmunidad por haber tenido Covid, entonces los beneficios de las 'vacunas' nulos. ***Si es un niño, incluso si no ha tenido Covid, el riesgo de enfermedad grave o muerte es minúsculo***. Por lo tanto, no está del todo claro que los beneficios superen los riesgos para los niños".

De igual forma, el Dr. John Cunnington, escribió una carta a las autoridades en Ontario que es interesante para lo que nos ocupa:

“Como médico jubilado, padre y abuelo, tengo serias preocupaciones sobre la imposición de “vacunas”, las estrategias de aislamiento y el enmascaramiento innecesario que actualmente el gobierno de Ontario impone y autoriza a los niños.

No tiene sentido imponer estas medidas a los niños, especialmente las ‘vacunas’ de ARNm contra la Covid. ***Estas inyecciones no detienen la transmisión del virus o sus nuevas variantes***, sin embargo, está implementando “mandatos de vacunación” sin pensarlo dos veces con respecto a los posibles daños.

Su propio sitio web del Gobierno de Ontario confirma el hecho de que ***los niños son los grupos demográficos que tienen menos probabilidades de contraer, transmitir o morir a causa de esta enfermedad***. Según el sitio web de Public Health Ontario, Enhanced Epidemiological Summary, (desde el 15 de enero de 2020 hasta el 30 de junio de 2021)”:

"***La proporción de resultados graves, incluidas las hospitalizaciones, el ingreso en la UCI, las muertes y las complicaciones, es mucho menor entre los casos de niños en comparación con los adultos***".

"Se han reportado dos muertes en niños en comparación con 9255 muertes reportadas entre adultos"

“Si, de hecho, contraen Covid, los niños y adultos jóvenes tienen síntomas leves, rara vez requieren hospitalización, se recuperan rápidamente y el resultado es una inmunidad natural. De hecho, el hecho de la inmunidad natural es algo que las autoridades de salud pública han ignorado, creando una desconfianza catastrófica en la salud pública, el gobierno e incluso en todo nuestro sistema de salud”.

“Se están produciendo reacciones adversas graves a las inyecciones de la “vacuna” Covid, incluso muertes, en niños y adultos jóvenes, especialmente en niños y hombres jóvenes. Según el sitio web de los CDC: "Desde abril de 2021, se han reportado más casos de miocartitis y pericarditis en los Estados Unidos después de la “vacunación” con Pfizer-BioNTech y Moderna, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes". Hasta el 28 de agosto de 2021, Ontario ha tenido 331 informes de miocarditis o pericarditis después de recibir una “vacuna” de ARNm”.

Un informe preparado por el Dr. Byram W. Bridle, PhD Profesor Asociado de Inmunología Viral en la Universidad de Guelph, concluyó:

“No es apropiado utilizar una ‘vacuna experimental' en un grupo de población a menos que el beneficio de la vacunación supere el riesgo de la vacunación en ese grupo de población. ***Dado que el riesgo de Covid-19 grave en niños, adolescentes y adultos jóvenes en edad fértil ya es tan bajo, no se puede concluir que el beneficio de ‘vacunar’ a estos grupos de población con una ‘vacuna’ para la que no se conocen ni la seguridad ni la eficacia a largo plazo sea exceder el riesgo***".

“Es más, desde el lanzamiento de estas inyecciones, no se reconoce la inmunidad natural. ***El consenso de expertos coincide en que la inmunidad natural supera la intervención médica***. El Dr. Michael Yeadon, ex vicepresidente de Pfizer, afirma”:

“Algunos abogan por la ‘vacunación’ de las personas que se han recuperado de la Covid-19. Siendo la inmunización natural la última forma de vacunación, no vemos absolutamente ninguna justificación científica ni médica para tal procedimiento”.

“¿Están nuestros funcionarios gubernamentales y de salud pública infligiendo a sabiendas daños emocionales y corporales a los niños y las familias? Espero que las políticas que está implementando se creen por ignorancia y no por malicia. Sus mandatos violan la Carta Canadiense de Derechos y Libertades. Además, me resulta incomprensible que su gobierno anule unilateralmente los derechos de los padres a saber qué es lo mejor para sus hijos. Los padres están preocupados por sus amenazas de interferir con su derecho a tomar decisiones médicas por sus propios hijos.

El gobierno de Ontario y las autoridades de salud pública tienen obligaciones legales con respecto al consentimiento informado con respecto a todas las intervenciones médicas. ***Nunca antes se había obligado a niños y jóvenes estudiantes a tomar un medicamento potencialmente dañino sin datos de seguridad a largo plazo con el fin de proteger a otras personas***. En medicina, esta práctica siempre ha sido poco ética, al igual que la coerción para someterse a cualquier tratamiento.

Estos son asuntos importantes en los que no ha pensado lo suficiente; ***las consecuencias pueden ser graves”***.

El Dr. Harvey Risch, epidemiólogo de Yale, también va en la misma línea, declaró que educaría a sus hijos en casa si las escuelas públicas ordenaran esta vacuna.

Nadie debe administrar una inyección antiCovid a un niño a menos que los padres hayan dado su consentimiento totalmente informado y completamente voluntario, sin amenazas ni incentivos.

El Dr. Daniel Nagase, está de acuerdo con lo expuesto anteriormente: “***Las inyecciones experimentales son particularmente peligrosas para los niños***”.

A pesar del hecho de que los sueros no funcionan y que la inmunidad natural es superior, explica que ***la introducción de una proteína de pico artificial en el sistema inmunológico en desarrollo de los niños presenta riesgos adicionales de cambiar su ADN, deteriorar su "especificidad" inmunológica y aumentar sus riesgos de cáncer***.

Concluye que **los pinchazos contra una sola proteína son "estúpidos" y que las "variantes" de la influenza Covid nunca son un problema con la inmunidad natural**.

Por otro lado, un importante virólogo y creador de vacunas criticó la ***"vacunación" de niños contra la Covid como "un pecado imperdonable", diciendo que podría provocar un aumento en las enfermedades infantiles y nuevas amenazas para la salud pública***. "***'Vacunar' a los niños contra el SARS-CoV-2 les priva de su capacidad para esterilizar este virus, así como una serie de otros virus que normalmente no causan daño a los niños***", advirtió el Dr. Geert Vanden Bossche.

"***Debido a la supresión sostenida por los anticuerpos 'vacunales', es posible que los niños ya no estén protegidos naturalmente contra una serie de infecciones infantiles que generalmente no resultan en enfermedades***", dijo en una entrevista con Doctors for Life, Filipinas.

"Estos anticuerpos innatos que, por ejemplo, reconocen el SARS-CoV-2, también son el tipo de anticuerpos innatos que reconocerán, por ejemplo, la influenza, que reconocerán una serie de otros coronavirus", explicó el vacunólogo, y señaló que virus como la influenza y el coronavirus generalmente no causan enfermedades en los niños.

"Pero ahora, de repente, ***este tipo de anticuerpos innatos son suprimidos por los anticuerpos 'vacunales'***. Sin duda, ***verá una serie de infecciones infantiles que ahora se convertirán en enfermedades infantiles debido a esta supresión***", advirtió Vanden Bossche.

Las "vacunas" también ***podrían provocar enfermedades autoinmunes al suprimir la "función protectora" de los anticuerpos innatos***, agregó.

"Estos anticuerpos innatos también tienen un papel en la prevención de la autoinmunidad, en el sentido de que evitan que el sistema inmunitario reconozca los componentes propios", dijo Vanden Bossche. "Pero, por supuesto, ***si suprime estos anticuerpos innatos, esta función protectora ya no existe***".

"Y por lo tanto, estoy seguro, y hasta cierto punto, ya ha sido documentado, que es muy probable que esto ***aumente la incidencia de enfermedades completamente nuevas también en niños y particularmente en niños mayores, diría que a partir de la edad de ocho, entre ocho y 14***".

En los niños más pequeños, "***habrá una mayor incidencia en una serie de enfermedades infantiles que normalmente no son enfermedades infantiles" si continúa la "vacunación" masiva***, dijo Vanden Bossche.

"Entonces, '***vacunar' a los niños contra el SARS-CoV-2 los priva de su capacidad para esterilizar este virus, así como una serie de otros virus que generalmente no causan daño a los niños***".

"***Combatir el virus les proporcionará 'inmunidad innata o adquirida, protectora y sostenida', ofreciendo una protección significativamente mayor que los anticuerpos de la 'vacunación'"***.

"***Y eso no solo es muy crítico para su salud individual, sino que también son los pilares de la inmunidad colectiva***", según Vanden Bossche. "***Este tipo de inmunidad, la inmunidad innata y la inmunidad adquirida como resultado de una enfermedad natural, es mucho mejor que los anticuerpos funcionales"***.

"***Estos son los tipos de inmunidad que eliminarán el virus, que reducirán la transmisión y que, en última instancia, contribuirán a la inmunidad colectiva, y simplemente la estamos destruyendo al 'vacunar' a nuestra gente"***.

El Dr. Robert Malone, ha publicado un vídeo bastante esclarecedor. La transcripción, es la siguiente:

Mi nombre es Robert Malone y les hablo como padre, abuelo, médico y científico. Por lo general, no leo de un discurso preparado, pero esto es tan importante que quería asegurarme de que cada palabra y cada hecho científico son correctos.

Respaldo esta declaración con una carrera dedicada a la investigación y el desarrollo de vacunas. Estoy "vacunado" contra Covid y generalmente soy pro-vacunación. He dedicado toda mi carrera a desarrollar formas seguras y efectivas para prevenir y tratar enfermedades infecciosas.

Antes de inyectar a su hijo, una decisión que es irreversible, quería informarle los hechos científicos sobre esta vacuna genética, que se basa en la tecnología de la "vacuna" de ARNm que creé:

La primera es que ***se inyectará un gen viral en las células de sus hijos***. ***Este gen obliga al cuerpo de su hijo a producir proteínas de pico tóxicas***. ***Estas proteínas a menudo causan daños permanentes en los órganos críticos de los niños, incluidos: su cerebro y sistema nervioso; su corazón y vasos sanguíneos, incluidos los coágulos de sangre; su sistema reproductivo; y esta "vacuna" puede desencadenar cambios fundamentales en su sistema inmunológico***.

El punto más alarmante de esto es que ***una vez ocurridos estos daños, son irreparables***: no puedes arreglar las lesiones dentro de su cerebro; no se pueden reparar las cicatrices del tejido cardíaco; no se puede reparar un sistema inmunológico restablecido genéticamente y esta "vacuna" puede causar daños reproductivos que podrían afectar a las generaciones futuras de su familia.

Lo segundo que debe saber es el hecho de que ***esta nueva tecnología no se ha probado adecuadamente***. Necesitamos al menos 5 años de pruebas / investigación antes de que podamos comprender realmente los riesgos. Los daños

y riesgos de los nuevos medicamentos a menudo se revelan muchos años después.

Un último punto: ***la razón por la que le están dando para "vacunar" a su hijo es una mentira***. ***Sus hijos no representan ningún peligro para sus padres o abuelos. En realidad, es todo lo contrario. Su inmunidad, después de contraer Covid, es fundamental para salvar a su familia, si no al mundo, de esta enfermedad***.

En resumen: ***no hay ningún beneficio para sus hijos o su familia al "vacunar" a sus hijos contra los pequeños riesgos del virus, dados los riesgos para la salud conocidos de la "vacuna"*** con la que, como padre, usted y sus hijos pueden tener que convivir por el resto tiempo de sus vidas. El análisis de riesgo / beneficio ni siquiera está cerca.

El Dr. Josh Guetzkow, profesor titular de la Universidad Hebrea de Jerusalén, también ha hablado sobre el tema y ha dicho que expandir la EUA a los niños es innecesario y prematuro, ya que hace más daño que bien. Guetzkow dijo que ***no hay una emergencia para los niños, especialmente los sanos cuyo riesgo de enfermedad grave y muerte es casi*** nulo y agregó que ***los niños con afecciones preexistentes e infecciones anteriores de Covid no se incluyeron en el estudio de Pfizer, por lo que incluirlos en la EUA es negligencia***.

"El ensayo de Pfizer no tiene la potencia suficiente para detectar problemas de seguridad específicos, como la miocarditis, al igual que el estudio de adolescentes, y si no pudieran detectar un problema de seguridad inesperado allí, no podrían hacerlo aquí", dijo Guetzkow.

El estudio de Pfizer no es doble ciego y puede estar sujeto a sesgos. La mayoría de los programas de monitoreo de seguridad de VSD (Vaccine Safety Datalink) no han reportado resultados, ¿por qué no esperar?".

"A partir de los informes de los CDC, podemos esperar que **de cada 18 hospitalizaciones infantiles prevenidas, al menos 43 terminarán en el hospital por todas las causas después de la 'vacunación'**, sin embargo, el análisis de riesgo-beneficio de la FDA solo cuenta la hospitalización por miocarditis".

"Es importante señalar también, que hay más de 900 tipos de eventos adversos ***informados después de la 'vacunación' con Pfizer que nunca se han informado después de las vacunas contra la influenza, incluidos 11 casos de síndrome inflamatorio multisistémico (MS-C) que ocurrieron sin antecedentes previos de infección por Covid"***, dijo Guetzkow. Ha habido 106 veces más reacciones adversas, 189 veces más muertes y 195 veces más hospitalizaciones debido a la inyección de Pfizer Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza combinadas. Ha habido 118 veces más reacciones adversas, 174 veces más muertes y 140 veces más hospitalizaciones debido a la "vacuna" de Moderna Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza

combinadas. ***La campaña de "vacunación" Covid-19 ha sido*** significativamente más dañina y mortal ***que la campaña de vacunación contra la influenza*.**

En relación a lo anterior, el martes 1 de marzo de 2022, el Centro de Evaluación e Investigación Biológica de la FDA de Estados Unidos permitió el acceso al conjunto de documentos de 55 000 páginas que Pfizer presentó a la FDA de sus ensayos clínicos en apoyo de una autorización de uso de emergencia de la "vacuna" Covid-19.

Los datos incluían un informe de 38 páginas titulado "Lista de eventos adversos de especial interés". La lista contiene ***1291 eventos adversos diferentes después de la "vacunación" contra la Covid***, que incluyen: lesión renal aguda, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, vasculitis del sistema nervioso central, muerte neonatal, encefalitis del tronco encefálico, epilepsia del lóbulo frontal, parálisis facial, síndrome de sufrimiento fetal, epilepsia mioclónica juvenil, enfermedad-lesión hepática, muerte fetal y diabetes mellitus tipo 1.

Los muchos eventos adversos graves, y varias muertes, registrados durante los ensayos de Fase 3 también son evidentes en un documento separado y masivo, de más de 2500 páginas, que cataloga dichos eventos adversos.

A este respecto, una vez que la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos autorizó la inyección antiCovid para niños de 12 a 17 años, no pasó mucho tiempo antes de que la Dra. Perro comenzara a ver lesiones en su práctica. Veamos su testimonio:

"Me sorprendió la cantidad de niños que resultaron afectados... Los tipos de reacciones que comencé a ver inicialmente eran neurológicos. Algunos de ellos al principio eran simples pero preocupantes, como el tinnitus, que es un zumbido en el oído, y eso podría ser terrible para un niño...

Tuve un músico que va a Julliard, y tuvo un inicio agudo grave de tinnitus después de la primera inyección de Pfizer. Empeoró después del segundo. Tengo colegas que vieron parálisis ascendente de Guillain-Barre... Vi problemas cardíacos, miocarditis con seguridad y respuestas anormales de la frecuencia cardíaca como taquicardia y aumento de la frecuencia cardíaca...

Vi POTS (síndrome de taquicardia postural ortostática), algo muy común en la enfermedad de Lyme que es muy difícil de tratar. Otra cosa extraña que vi fue a este niño con rabdomiolisis, donde tuvo una ruptura masiva de su tejido muscular, lo cual es un evento muy raro en la infancia.

Luego, comencé a ***ver personas que no estaban 'vacunadas', incluyéndome a mí, desarrollar síntomas***. Me 'pincharon'. Eso es lo que yo llamo, 'ser pinchado'.

Vi chicas adolescentes con sangrado menstrual abundante, sangrado prolongado y otras irregularidades menstruales. Había un puñado de erupciones, urticaria, urticaria, una extraña multitud de erupciones.

Entonces, este es el tipo de cosas que comenzamos a ver, y esto comenzó a suceder en junio de 2021, después de que ACIP, el Comité Estadounidense de Práctica de Inmunización, dijera: 'Sí, los niños de 12 años pueden vacunarse contra Covid'".

Por otro lado, Stephanie Seneff, Ph.D., científica investigadora principal del Laboratorio de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial del MIT en Cambridge, Massachusetts, dijo a Fox News que "***vacunar" a los jóvenes contra la Covid puede*** causar ***enfermedades neurodegenerativas graves, como el Parkinson y el Alzheimer***.

"***Darles a los jóvenes inyecciones contra la Covid probablemente causará un "aumento alarmante en varias enfermedades neurodegenerativas importantes***". Los jóvenes tienen un "riesgo muy bajo" de morir a causa del virus, dijo Seneff.

"***Tanto las 'vacunas' de ARNm como las 'vacunas' de vector de ADN pueden ser un camino hacia una enfermedad incapacitante en el futuro***. A través de la acción similar a la de los priones de la proteína espiga, ***es probable que veamos un aumento alarmante en varias enfermedades neurodegenerativas importantes, como la enfermedad de Parkinson, la ERC, la ELA y el Alzheimer, y estas enfermedades aparecerán con una prevalencia cada vez mayor entre las poblaciones cada vez más jóvenes, en los próximos años***.

"Desafortunadamente, no sabremos si las inyecciones causaron este aumento porque, por lo general, habrá una separación prolongada entre el evento de 'vacunación' y el diagnóstico de la enfermedad".

Ese último punto, dijo Seneff, es "***muy conveniente para los fabricantes de 'vacunas', que pueden obtener grandes ganancias con nuestras desgracias, tanto por la venta de las 'vacunas' como por el gran costo médico del tratamiento de todas estas enfermedades debilitantes***".

Sobre el tema de la inoculación de niños, también ha hablado el Dr. Avshalom Carmel, un cirujano ortopédico israelí con 29 años de experiencia médica que trabaja de forma privada y a través de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) israelíes, ha tuiteado un desafío a los pediatras israelíes para que se salgan de la cerca proverbial y tomen una posición sobre las "vacunas" contra la Covid de los niños.

El gráfico que se muestra en el tuit del Dr. Carmel es una captura de pantalla del panel de control Covid del Ministerio de Salud de Israel (MOH) que muestra que ***los niños "vacunados" entre 12 y 15 años tienen muchas más probabilidades de*** experimentar ***un caso activo de Covid-19 que sus pares***

no "vacunados". En concreto, ***los niños de este grupo de edad que no han recibido ninguna "vacuna" contra la Covid*** tienen ***solo un 0.3 % de posibilidades de ser un caso activo, mientras que los niños "vacunados" tienen un 0.5 % de posibilidades de ser un caso activo. Esa probabilidad*** aumenta ***al 0.9 % para quienes tomaron su segunda inyección hace más de 6 meses y 1 semana***.

Esto significa que ***tomar las dos dosis casi duplica la posibilidad de ser un caso activo y medio año después de la segunda oportunidad, la posibilidad de ser un caso activo se triplica.***

La "vacuna" no solo no es efectiva ***para "vacunar" a los niños contra el coronavirus, sino que en realidad tiene una efectividad*** negativa***: hace que sea mucho más probable que uno dé positivo.***

La efectividad negativa también se observa ***en niños de 5 a 11 años, donde la probabilidad de ser un caso activo salta del 0.4 % para los no "vacunados" al 0.7 % para los "vacunados", así como en chicos de 16 a 19 años, donde la tasa de casos activos aumenta del 0.4% para los no "vacunados" al 0.5% para los "vacunados"***.

Los niños "vacunados" tampoco están mejor cuando se trata de una enfermedad grave acompañada de una prueba positiva de Covid. En todos los niños de 5 a 19 años, actualmente hay 4 "casos de Covid" graves en Israel, 2 niños completamente "vacunados" y 2 niños no "vacunados". Al tener en cuenta la tasa de "vacunación" en cada grupo de edad, ***la posibilidad de tener un caso grave es aproximadamente la misma para los niños "vacunados" y los no "vacunados", y ambos grupos tienen menos del 0.001 % de posibilidades de ser un caso grave***.

Israel se muestra reacio a divulgar información sobre comorbilidades en pacientes con Covid positivo. Por lo tanto, ***los niños con casos graves pueden haber sido*** hospitalizados ***por una enfermedad no respiratoria, como el cáncer, y luego catalogados como caso de Covid después de recibir una prueba positiva, incluso en ausencia de síntomas de Covid***. Además, algunas personas, incluidos los niños, están ***demasiado*** enfermas ***para recibir inyecciones médicas y, por lo tanto, pueden aumentar*** artificialmente ***la posibilidad de que los no "vacunados" tengan un caso grave***.

A pesar de la ausencia de un gran número de pediatras que se opongan públicamente a la "vacunación" de los niños, Israel ha visto una tendencia constante a la baja a medida que su campaña de "vacunas" avanza con el tiempo hacia grupos de edad cada vez más jóvenes. Más del 91% de los israelíes en el grupo de edad de 70 a 79 años recibieron la inyección. Ese número se reduce a ***solo el 25% para los niños de 5 a 11 años***. Con menos niños de 5 a 11 años "vacunados" cada día que nuevos miembros de ese grupo de edad cuando los niños celebran su quinto cumpleaños, ***hoy, solo el*** 17.5% ***de ese grupo de edad recibió dos dosis***.

Veamos ahora un documento interesante a respecto de la "vacunación". Fue preparado por la organización 'Doctors 4 Covid Ethics' en el que presentan un análisis actualizado y completo sobre el uso de las "vacunas" Pfizer y Moderna para "vacunar" a niños y adolescentes contra Covid-19. El documento discute y presenta evidencias que se han explicado de muchas formas, pero al ser un documento único, podría ser de utilidad para médicos, abogados y el público en general.

Ellos argumentan y evidencian que las "vacunas" Covid-19:

- ***No son necesarias, porque el riesgo de enfermedad severa o muerte debido a Covid-19 es extremadamente bajo.***
- ***No han demostrado ser eficaces en los ensayos clínicos.***
- ***No han demostrado ser seguras; al contrario, hay evidencia creciente de daño asociado a la "vacunación".***
- ***Hay riesgo de genotoxicidad con las "vacunas" de ARNm de acuerdo a estudios experimentales que muestran que hay retro transcripción y entrada nuclear, por lo que la integración del ARN retrotranscrito al genoma de las células de quienes reciben la "vacuna" debe ser considerado como un riesgo.***

En una entrevista con Unity News Network (UNN), la abogada Anna De Buisseret discutió los casos judiciales en curso con respecto a la decisión de implementar las "vacunas" Covid-19 en adolescentes y niños. "***Un niño menor de 18 años no puede comprender los riesgos y las consecuencias a largo plazo de recibir la "vacuna", especialmente porque "ninguno de nosotros sabe cuáles son***. ***La evidencia muestra que los códigos de ética médica en todo el mundo no se están cumpliendo y se están violando múltiples leyes tanto a nivel internacional como nacional en todas las jurisdicciones, incluidos los crímenes de lesa humanidad***". De Buisseret dijo que está alarmada por la gran cantidad de personas que han resultado dañadas o que han muerto como resultado de recibir las "vacunas" contra el Covid-19 y que inyectar a los niños con estas inyecciones experimentales sería perjudicial para la sociedad.

D. César Vidal ha preparado un vídeo informativo muy ilustrativo, basado en datos oficiales sobre la "vacunacion" infantil. "César Vidal y Lorenzo Ramírez dedican el programa a ***desvelar la realidad de la incidencia del Covid en niños y a exponer la realidad que ocultan los gobiernos e instituciones sanitarias para justificar la inoculación masiva de esta terapia génica experimental***".

Para finalizar, algo para intentar despertar alguna conciencia más:

'Si amas a tus hijos, no permitas que sean experimentos'. En pocas palabras, éste es el impulso esencial detrás del movimiento contra las inyecciones antiCovid para niños.

Resume la preocupación de una mujer entre muchos manifestantes que aparecen en una compilación de vídeos que expresan su preocupación por la seguridad de sus hijos en medio del lanzamiento de las inyecciones experimentales de ARNm antiCovid.

El estándar de escrutinio de la seguridad de lo que nuestros niños consumen o reciben corporalmente (así como de lo que consumen mentalmente) debe ser minuciosamente alto.

Información que es bueno conocer sobre las "vacunas" de ARNm para jóvenes

Los datos de seguridad aún están en desarrollo. No obstante, ***ya se ha visto a corto plazo que cerca del 86% de los niños inoculados con la "vacuna" de ARNm*** sufrieron alguna reacción adversa y en el estudio fase I/II de la "vacuna" a virus inactivado, se describió un caso grave de reacción adversa. En los ensayos, ***1 de cada 1000 niños sufrió*** parálisis. Mientras tanto, Pfizer afirma que la "vacuna" salva la vida de 1 de cada 22 000 personas. Entonces, para salvar una vida de la Covid, ¿estamos dispuestos a causarle una discapacidad permanente a 22 niños? Además, ***no hay un solo reporte de algún niño sano que haya muerto a causa del SARS-CoV-2***.

Esto significa que ***el número necesario para "vacunar" y salvar a un niño sano de la muerte por Covid es preacticamente infinito***, ya que, para empezar, ***no están muriendo de Covid***. Así que no cabe la menor duda que en el caso de los niños, la "vacuna" antiCovid solo representa riesgos y ningún beneficio.

"Hace 20 años, en el programa 'CBS 60 Minutes' entrevistaron al Dr. Paul Offit y dijo que la vacuna antivariólica es tan peligrosa que no podría cometerse el mismo error en el futuro. La consideró la vacuna más peligrosa que se ha creado, y eso que solo mata a una persona por cada millón de personas vacunadas, una cifra que se considera bastante alta.

Si 300 millones de personas reciben la "vacuna", 300 morirán. Según Offit, eso es algo inaceptable, sin importar sus palabras, acaba de votar a favor de una 'vacuna' que mata a 822 personas por millón (si consideramos que tiene su esquema de 'vacunación' completo, es decir, ambas dosis).

Eso significa que ***estas 'vacunas' antiCovid son más de 800 veces más mortales que la que se considera la "vacuna" más mortífera en la historia de la humanidad***. Así que no cabe la menor duda. Se trata de las 'vacunas' más mortales que ha creado el hombre y que se promocionan como seguras y efectivas".

Se han reportado, entre otros: inflamación cardíaca en adolescentes varones sanos de 14 a 19 años dentro de los 4 días posteriores a la recepción de la segunda dosis de la "vacuna" contra Covid-19, con hallazgos de troponina sérica elevada, un ECG anormal y una resonancia magnética cardíaca anormal; Síndrome de Guillain Barré, y coagulopatías. Estos efectos no fueron observados en los ensayos clínicos previos, como así ***tampoco era conocido el efecto dañino que posee por sí sola la proteína espiga, en ausencia de virus, a nivel vascular y mitocondrial, ni su posible biodistribución por todo el organismo***.

Un estudio interno de Pfizer, demuestra que ***el ARNm de la "vacuna" se biodistribuye rápidamente, logrando altas concentraciones en cerebro, pulmones, hígado, bazo y ovarios, entre otros. Definitivamente no permanece el ARNm de la vacuna en el sitio de inoculación ni en los nódulos linfáticos cercanos, lo cual, ayuda a entender los efectos adversos sistémicos que han ocurrido en un porcentaje de las personas inoculadas***. Sin embargo, no permite responder la pregunta de cuánto tiempo permanece el ARNm "vacunal" en el organismo porque no investigaron más allá de 96 horas post-vacuna.

Un estudio de Bahl y colaboradores de 2017, así como uno de He y colaboradores de 2020, ***muestran evidencia de que, efectivamente, el ARNm exógeno (sea de una vacuna o de terapia génica) no se queda en el sitio de inoculación luego de su administración***. A diferencia del estudio de Bahl y colaboradores, que administraron la vacuna de forma intramuscular, en el caso del estudio de He y colaboradores, la administración fue intravenosa. En ambos casos, el ARNm exógeno se biodistribuyó rápidamente a diversos tejidos.

Otro estudio de 2008, que analizó la biodistribución de una vacuna de ADN (a diferencia de las vacunas de ARN, primero necesita llegar al núcleo donde se lleva a cabo la transcripción a ARNm) encontró que ***el ARNm generado queda viable por al menos 7 días***. No sería válido simplemente hacer la inferencia para decir que entonces el ARNm de las "vacunas" de Pfizer y Moderna, o el ARNm ya transcrito de las "vacunas" vectorizadas también durará una semana. Se requiere hacer esos estudios. ***Uno de los comentarios que más se escucha de quienes subestiman la duración del ARNm "vacunal", es que es degradado rápidamente, pero eso no es cierto***. Efectivamente, en condiciones naturales **el ARNm foráneo se enfrenta a respuestas innatas dentro de la célula, lo que limita su viabilidad y acaba por destruirlo. Sin embargo, *las "vacunas" de Pfizer y Moderna modificaron algunas de las bases nucleotídicas (las letras que conforman al ARNm), cambiando la uridina por pseudouridina e incluyendo 5-metil-citidina*. Esto** evita **que se *activen las respuestas innatas de las células, permitiendo que el ARNm de la "vacuna" permanezca más tiempo*.**

Estos hallazgos científicos, generan ***incertidumbre acerca de los efectos inesperados a mediano y largo plazo derivados de la permanencia del antígeno vacunal en el plasma y de posibles reacciones inmunitarias cruzadas con órganos y tejidos, que puedan desencadenar la aparición de***

autoinmunidad. Debido a que son "vacunas" que se encuentran en fase experimental, debería evitarse la inoculación en los niños, por principio de precaución, ante el desconocimiento de la posible afectación de la fertilidad tanto en las niñas como en los niños, en su etapa reproductiva.

Las doctoras Karina Acevedo y Roxana Bruno han elaborado una publicación sobre los riesgos potenciales para la salud de la terapia con vacunas basadas en ARNm. Han elaborado una hipótesis sobre ello:

"Presumimos que en individuos genéticamente o fisiológicamente susceptibles, ***la eliminación de los nms-mRNA (nucleótidos sintéticos modificados) se ve obstaculizada***. La presencia sostenida de nms-mRNA en el citoplasma desregula los elementos transponibles (TE) endógenos, lo que lleva a la transcripción inversa del mRNA de la vacuna. La acumulación intracelular de nms-mRNA y las moléculas de cDNA transcritas inversamente desencadenan vías sensoriales intrínsecas de RNA y DNA citosólicos. ***La activación simultánea de estas vías inicia una respuesta innata coordinada contra ambos tipos de ácidos nucleicos ajenos, lo que provoca la producción de interferón tipo I y citoquinas proinflamatorias que, si no se regulan, conducen a afecciones autoinflamatorias y autoinmunes***. ***Los TE activados aumentan el riesgo de mutagénesis por inserción del ARNm de la vacuna retrotranscrito, lo que puede alterar las regiones de codificación, aumentar el riesgo de mutaciones en los genes supresores de tumores y provocar daños sostenidos en el ADN***".

Mortalidad-letalidad en jóvenes

Vamos a hablar acerca de los datos reales de mortalidad-letalidad, para demostrar que el supuesto virus no es peligroso para los jóvenes y que por tanto, la "vacunación" para estos grupos de edad, se convierte entre otras cosas, en innecesaria:

En Francia, desde el 20 de diciembre de 2021, la Alta Autoridad de Salud (HAS) abrió la "vacunación" antiCovid a todos los niños de 5 a 11 años. Tras la obtención de una extensión de autorización de comercialización (MA) condicional para la "vacuna" de Pfizer para niños de 5 a 11 años desde el 25 de noviembre de 2021, el HAS recomendó por primera vez esta "vacunación" a partir del 30 de noviembre a niños frágiles con comorbilidades o que viven en el séquito de personas frágiles. La "vacunación" se abrió a todos los niños menos de un mes después.

No obstante, Covid-19 no es una enfermedad pediátrica. Solo se han producido ***3 muertes de niños de 5 a 11 años en Francia desde el inicio de la Covid, 1 de las cuales tenía comorbilidades graves; por lo tanto, esto representa 2 muertes de niños sin factores de riesgo de 5.77 millones de niños en este grupo de edad***. ***Eso implica una tasa de mortalidad en este rango de edad de 5.20 x 10-7 o una tasa de supervivencia de 99.99995%***.

Los niños tienen 25 veces menos ***probabilidades de desarrollar una forma grave que los adultos***.

Aunque vivimos en un espectro a menudo agitado por los medios de comunicación sobre la ***Covid persistente, es importante saber que*** afecta muy poco a los niños y no persiste en ellos por más de 12 semanas (anteriormente en este informe, expuse la realidad sobre la Covid persistente).

Por lo tanto, ***Covid-19 tiene un impacto muy*** insignificante ***en la morbilidad y mortalidad de los niños de 5 a 11 años*** (1) (2) (3).

Según un informe de **D. José Gefaell,** ***la tasa de mortalidad (Infection Fatality Rate, o IFR) de la Covid en los niños y jóvenes es mínima, cercana a cero, tanto en España como en el mundo: la media global para 0-19 años es de 0.0027%***. Además, un elevado % de los pocos niños que han muerto eran niños que tenían graves patologías previas. De acuerdo con la base de datos VAERS de EE.UU. (donde todos los médicos de ese país están obligados a registrar los efectos secundarios de cualquier vacuna en sus pacientes), hasta el 27 de agosto de 2021 hay contabilizadas 13 911 muertes relacionadas con las vacunas en Estados Unidos y 650 077 personas con efectos adversos. 18 098 personas han quedado inválidas de por vida y 14 327 han corrido riesgo de muerte y 13 714 menores de 17 años sufrieron efectos adversos. Como hasta esa fecha en Estados Unidos había en total 163 millones de "vacunados" con dos dosis, los 13 911 muertos suponen una **tasa de fatalidad por "vacunación" del 0.0085% en media para todas las edades, lo cual, es bastante mayor que tasa de fatalidad de la propia enfermedad en niños y adolescentes, lo cual a su vez, covierte las "vacunas" en innecesarias y peligrosas**.

Según el informe del profesor D. Teodoro Martínez, en España han muerto 22 niños/jóvenes de 0 a 19 años de 664 121 contagiados, entre una población total de 9 219 654. Es decir 3.31 muertes por cada 100 000 contagiados y se han contagiado más o menos 1 de cada 14 niños/jóvenes, lo que significa que sobre la población total de niños que hay en España, ***han muerto 0.24 niños de cada 100 000; un 0.00024%. El riesgo de muerte por "vacuna" en un niño/joven sano es entre 37 y 518 veces mayor que si pasa la Covid*****.**

Según otro documento elaborado por la Plataforma Iniciativa Conjunta, ***la letalidad por la Covid-19 en personas de edad menor o igual a 19 años, es 557 veces menor que la del resto de población***.

Según un estudio realizado en Inglaterra, ***los niños tienen un 99.995% de probabilidades de sobrevivir a la Covid-19***.

Los CDC, han estimado la ***tasa de mortalidad por infección por Covid-19 entre los niños de 0 a 17 años, en 20 por cada 1 000 000***. En marzo, estimaba que un 42% de los niños entre 5 y 17 años, ya se habían infectado.

Según el informe del 31 de marzo de 2021 del ***Comité de Pediatría Basada en la Evidencia, la mortalidad en menores de 14 años es 0.042 por cada 100 000 habitantes y una TLC (tasa de letalidad de casos) de 0.0094%***.

Según el análisis de los datos oficiales, hecho por Dña. Inés Sainz (científico de datos), para el rango de edad de 0 a 19 años; ha habido 22 muertes de un total de 55.959 casos diagnosticados de un segmento de población de unos 9 millones de niños y adolescentes, por tanto, ***la letalidad es de 0.00033% y la mortalidad de 0.00023%, es decir que a las personas de ese rango de edad, la enfermedad les afecta 650 veces menos que a la media de la población y que estos, tienen el doble de posibilidades de morir por las "vacunas" que de Covid***.

Analizando los datos oficiales del NHS en el Reino Unido, publicados semanalmente entre marzo de 2020 y el 11 de agosto de 2021, llegamos a una conclusión importante; ***solo 1 de cada 1.7 millones de niños han muerto con Covid-19 en 18 meses, mientras que 1 de cada 9 niños sufrió una reacción adversa grave a la "vacuna" Covid-19 en los ensayos clínicos***.

La tasa estimada de mortalidad por infección (IFR) es ***cercana a*** cero ***para niños y adultos jóvenes***. Pandemic Data (PANDA) ***informa que el IFR para menores de 19 años es 0.003%***. Andrew Levin ***informó que la IFR específica por edad estimada fue del 0.002% a los 10 años y del 0.01% a los 25 años***. Comparativamente, ***el American Council on Science and Health*** (ACSH) ***informó de la IFR de la siguiente manera: 0-4 años, media 0.003%, 5-9 años, media 0.001%, 10-14 años, media 0.001%, 15-19 años, media 0.003%, 20-24 años, media 0.006%***. Los datos más actualizados de la Academia Estadounidense de Pediatría mostró que "***los niños representaron el 0.00% - 0.19% de todas las muertes por Covid-19, y 10 estados de EE. UU. Informaron cero muertes infantiles. En los estados que informaron, el 0.00% - 0.03% de todos los casos de Covid-19 en niños resultaron en muerte***.

Según una petición para evitar la "vacunación" infantil en Chile, cursada por más de ***50 profesionales incluidos en la Agrupación de Profesionales de la Salud e Investigadores Independientes; hasta el 12 de julio de 2021, en este grupo la mortalidad fue del 0.002% y la letalidad del 0.035% (más del 60% tenía comorbilidades)***. En otras palabras, los niños y adolescentes tienen una **tasa *de supervivencia del 99.97%***. Esto indica que la "vacunación" experimental masiva en niños y adolescentes no se encuentra justificada por emergencia o por alta letalidad.

El virus respiratorio sincitial (VRS) ha matado ***a más niños que la Covid en el Reino Unido***.

Un estudio, el más completo y quizá importante hasta la fecha se publicó en el Reino Unido el 7 de julio. Aunque en gran parte ignorado por la prensa convencional, el estudio es de gran importancia porque en realidad cuantifica los riesgos para la salud de Covid entre niños y adolescentes. Investigadores de

prestigiosas instituciones médicas del Reino Unido, revisaron todos los casos de Covid que involucraban a niños y jóvenes (CYP) hospitalizados en el Reino Unido durante los primeros 12 meses de la pandemia. Entre los hallazgos clave del estudio:

- Solo 25 niños de 0 a 17 años en el Reino Unido murieron de Covid en los primeros 12 meses de la pandemia.
- De estas 25 muertes, 19 (76%) ocurrieron entre pacientes que tenían "comorbilidades crónicas" preexistentes y/o condiciones médicas "limitantes de la vida". Solo el 24% de las muertes por Covid ocurrieron entre niños sin "condiciones de salud subyacentes".
- ***Esto significa que solo seis niños y jóvenes "sanos" en esta nación de 68 millones de personas murieron de Covid*.**
- ***Entre los 12.023 millones de niños y jóvenes del Reino Unido, la tasa de mortalidad fue del 0.002%. Expresada como probabilidad, la mortalidad por Covid en CYP fue 1 de 480 942***.
- Sin embargo, la gran mayoría de CYP en el Reino Unido (o cualquier nación occidental, incluidos los EE. UU.) NO tienen "comorbilidades crónicas" y/o padecen afecciones médicas que "limitan la vida".
- Una nota al pie del estudio, define las condiciones que limitan la vida como "enfermedades sin esperanza razonable de una cura que finalmente será fatal". Aproximadamente 3 de cada 1000 jóvenes tienen afecciones que se caracterizan como "limitantes de la vida".
- “Nuestros hallazgos enfatizan la importancia de las comorbilidades subyacentes como el principal factor de riesgo de muerte, ya que el 76% tenía enfermedades crónicas, el 64% tenía comorbilidades múltiples y el 60% tenía enfermedades que limitaban la vida”.
- Entre los 25 niños del Reino Unido que murieron de Covid, 15 tenían una "afección neurológica que limitaba la vida", de los cuales 13 "tenían una neurodiscapacidad compleja debido a una combinación de una afección genética o metabólica subyacente, eventos hipóxico-isquémicos o prematurez".

Según el estudio, si bien muchas afecciones médicas "crónicas" pueden afectar a los niños, la mayoría de estas afecciones comunes no se observaron en la muy pequeña cantidad de niños que murieron de Covid. Los autores señalaron: "Es importante señalar que no observamos muertes en los grupos que se han considerado con mayor riesgo de infecciones respiratorias, como asma, fibrosis quística, diabetes tipo 1 o trisomía 21". ***A excepción de seis niños, los que murieron de Covid-19 eran "clínicamente extremadamente vulnerables"***.

Con la información anterior considerada en el contexto actual, probablemente sea conservador al estimar que el 2 por ciento de los niños del Reino Unido (1 de

cada 50) viven con las condiciones médicas extremadamente graves descritas anteriormente. Esto significaría que el 98 por ciento de los jóvenes no lo hace. Suponiendo que mis suposiciones sean razonables, se puede calcular ***la tasa de mortalidad nacional entre los niños que no se consideran extremadamente vulnerables. Este porcentaje es 0.00005 (6 muertes divididas por un estimado de 11.783 millones de CYP "saludables"). Expresado como probabilidad de muerte, esto sería 1 en 1.964 millones (aproximadamente 1 en 2 millones)***.

Según este y otros estudios, las tasas de mortalidad por Covid varían significativamente según una categoría racial. Por ejemplo, entre la población de jóvenes blancos en el Reino Unido, solo 7 niños y adolescentes murieron de Covid. Aproximadamente el 86% de CYP en el Reino Unido son blancos. Sin embargo, esta cohorte comprendió solo el 28% de las 25 muertes por Covid. Dado que el 24% de los que murieron de Covid no tenían una enfermedad comórbida grave, podemos extrapolar que solo 2 niños no pertenecientes a minorías (7 x 0.24) sin una enfermedad crónica o que "limite la vida" preexistente, falleció de Covid.

Al extrapolar estas 2 muertes a la población estimada de 10.133 millones de jóvenes blancos que no padecen condiciones médicas extremas, obtenemos este un dato importante, ***la mortalidad por Covid entre jóvenes blancos "sanos" en el primer año de la pandemia fue de aproximadamente 1 en 5.066 millones (0.00002%). Básicamente, las probabilidades de que un niño pequeño muera a causa de Covid son menores que las probabilidades de que elija correctamente los seis números ganadores de la lotería***. (Aunque son más altas, las probabilidades de que un niño sano de una minoría muera a causa de Covid también son extremadamente remotas).

Los datos de los Centros para el Control de Enfermedades indican que ***el riesgo de mortalidad por Covid en niños de 0 a 14 años es menor que la gripe estacional, los accidentes automovilísticos y los ahogamientos***. También es muy poco probable que los niños sean hospitalizados o tengan un caso grave de Covid-19. La gripe estacional de toda la vida presenta un mayor riesgo.

Cuando se trata del riesgo moral para los niños, Covid-19 tiene un riesgo de mortalidad anual menor que los accidentes automovilísticos, la influenza y, para los niños de 5 a 14 años, el suicidio (Leonhardt, 2021). De hecho, ***la tasa de supervivencia de Covid para personas menores de 19 años*** de acuerdo con un reciente estudio realizado por dos científicos de Stanford ***es casi del 100%***.

Datos de seroprevalencia de ocho lugares del mundo: Inglaterra, Francia; Irlanda; Países Bajos; España; Atlands, Estados Unidos; Nueva York, Estados Unidos; Ginebra, Suiza, muestra que ***la tasa de mortalidad por infección para los niños de 0 a 9 años es inferior a 1 en 200 000 (menos de 5 en 1 millón) y de 1 / 55 000 para los de 10 a 19 años***.

Incluso ***el riesgo de*** hospitalización ***como resultado de una infección por Covid es bastante bajo. Si se infectan con Covid-19, los niños de 0 a 9***

años tienen en promedio una probabilidad del 0.1% o 1/1000 de ser hospitalizados y, para las edades ***de 11 a 19 años, un 0.2% o 1/500 de posibilidades de ser admitidos en el hospital***.

El Dr. Marty Makary es un experto médico y profesor de la Escuela de Medicina Johns Hopkins, la Escuela de Salud Pública Bloomberg y la Escuela de Negocios Carey. Su equipo de investigación "trabajó con la organización sin fines de lucro FAIR Health para **analizar aproximadamente 48 000 niños menores de 18 años diagnosticados con Covid** utilizando datos de seguros médicos de abril a agosto de 2020. Después de estudiar datos completos sobre miles de niños, el equipo ***encontró una tasa de mortalidad de cero entre los niños sin una afección médica preexistente***.

Este estudio ***confirma que la tasa de mortalidad infantil por Covid es significativamente más baja que la tasa de mortalidad por influenza***.

Para los niños del Reino Unido menores de 18 años, los autores del estudio calcularon que la tasa de mortalidad por infección (IFR) de Covid entre los niños era del 0.005 por ciento (25 muertes por Covid divididas por un estimado de 470 000 "casos" acumulativos de Covid entre CYP a partir de febrero). Quizá más fácil de entender, entre los niños menores de 18 años en el Reino Unido, 1 de cada 20 000 infectados por este virus murió más tarde a causa de él. Entre los menores de 18 años, el IFR estimado para la influenza es de 1 en 10 000 (0.01 por ciento). Por lo tanto, para CYP, ***la influenza es dos veces más mortal que Covid, (el IFR para Covid-19 sería aún más bajo si el denominador, el número "estimado" de casos, fuera mayor***, lo cual sospecho que sí sucede).

Los hallazgos redujeron efectivamente el número estimado de CYP en el Reino Unido que murieron de Covid en un 59%, de 61 muertes a 25. El estudio señala que 61 CYP hospitalizados en el Reino Unido murieron en dos semanas de dar positivo a través de una prueba de PCR. El estudio distingue entre los jóvenes que murieron con el virus y aquellos que, según los investigadores, probablemente murieron "por" o debido al virus. Los autores concluyeron que el principal contribuyente a la muerte en más de la mitad de los 61 casos fatales que examinaron no fue el Covid-19. Y, como se señaló, solo seis de las 25 muertes por Covid ocurrieron entre niños sin afecciones médicas graves preexistentes. ***Las evaluaciones exhaustivas de las causas de muerte realizadas en este análisis, sugieren que es muy probable que el número de muertes atribuidas a Covid también se haya informado en exceso en otras cohortes de edad. Las tasas de mortalidad e infección de todas las cohortes de edad también pueden ser significativamente más bajas de lo que se informa actualmente. La multitud de medidas de "protección" (no escuela, actividades sociales, actividades recreativas, enmascaramiento obligatorio, "distanciamiento social" forzado), sin lugar a dudas, causó un gran daño a la salud física y mental de los menores de edad***.

Ciertamente, según los hallazgos de este estudio, *Covid-19 no causó un gran daño a la salud de los del grupo de edad examinado*. Si bien el estudio se centró en niños menores de 18 años, uno imagina que los hallazgos hubieran

sido similares si los datos hubieran incluido información médica sobre la población en edad universitaria del Reino Unido de 18 a 22 años.

Un nuevo estudio de finales de noviembre, analizó el "riesgo de hospitalización, enfermedad grave y mortalidad debido a Covid-19" en niños. Sus resultados ***encontraron muy pocos riesgos entre los niños de eventos graves o muertes***.

Si bien la tasa general de hospitalización asociada con la infección por SARS-CoV-2 fue de 35.9 por cada 10 000 niños, la tasa de ingreso en la UCI fue de 1.7 por cada 10 000 y la letalidad fue de 0.09 por cada 10 000.

Sin embargo, cuando analizaron las comorbilidades, ***no pudieron encontrar un solo caso en el que un niño sano en el grupo de edad de 5 a 11 años muriera a causa de la infección por SARS-CoV-2***.

Se encontró que los niños sin comorbilidades tenían significativamente menos probabilidades de sufrir un curso de enfermedad grave o fatal. El riesgo más bajo se observó en niños de 5 a 11 años sin comorbilidades. En este grupo, la tasa de ingreso en UCI fue de 0.2 por 10 000 y no se pudo calcular la letalidad debido a la ausencia de casos.

En Canadá, a 28 de mayo de 2021, había 259 308 casos confirmados de infecciones por SARS-CoV-2 en canadienses de 19 años o menos. De estos, 0.48% fueron hospitalizados, 0.06% ingresaron en UCI y 0.004% fallecieron. Según estos datos, **la influenza estacional se asocia con una enfermedad más grave que la Covid-19**.

Hay un detalle muy importante que no debemos de olvidar, el que un niño esté o no esté infectado, depende del diagnóstico con un test (PCR fundamentalmente) y, como quedó sobradamente demostrado en el primer apartado, ese método para diagnosticar, presenta altísimos porcentajes de error; por tanto, es obvio que el número real de esos niños infectados es muchísimo menor y, consecuentemente, la letalidad y mortalidad serán mucho más pequeñas todavía.

Los niños no son un peligro, "vacunarlos" no ofrece ningún beneficio

Ahora vamos a demostrar que el "mantra" incluido en el discurso oficial que dice que es necesario inocular a los niños porque son un peligro para los adultos, es también falso:

La transmisión del SARS-CoV-2 hacia y desde los niños ha sido controvertida durante el transcurso de la pandemia de Covid-19. En este estudio, se registran solo un número limitado de conglomerados de transmisión en el hogar (3.8%) donde los niños (<18 años) se identificaron como el caso índice. Esta observación está respaldada por un estudio anterior de China, donde un análisis de 66 grupos de transmisión familiar mostró que los niños nunca fueron los primeros en la familia en ser diagnosticados con Covid-19. Otras revisiones también han

encontrado evidencia limitada de niños como casos índice en grupos de transmisión en el hogar. De hecho, en un estudio familiar realizado por el Instituto Nacional Holandés de Salud Pública y Medio Ambiente, no hubo indicios en ninguna de las 54 familias participantes de que un niño <12 años fuera la fuente de Covid-19 dentro de la familia. Un estudio más reciente de hogares en Tennessee y Wisconsin sugirió que de 101 grupos familiares de SARS-CoV-2, solo 14 tenían casos índice pediátricos.

Si ***los niños tienen*** menos ***probabilidades de transmitir el virus***, es interesante especular sobre el posible mecanismo por el cual esto ocurre. Existe evidencia de que ***los pacientes leves o asintomáticos son menos infecciosos que aquellos con síntomas clínicos pronunciados***. ***Un caso índice "asintomático" se asocia con una tasa de ataque secundario significativamente más baja en comparación con un caso índice sintomático***. Por lo tanto, es tentador plantear la hipótesis de que los niños pueden ser menos infecciosos que los adultos infectados con SARS-CoV-2 debido a su manifestación clínica mucho más leve de la enfermedad.

Aunque priorizar la vacunación de los niños contra la influenza ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir la propagación del virus de la influenza en la comunidad, los datos sugieren que es ***poco probable que una estrategia similar reduzca significativamente la transmisión del SARS-CoV-2 en los hogares***.

Es importante destacar que, ***dado que el riesgo de los niños es tan mínimo, no existe un marco jurídico que*** sustente ***la autorización de uso de emergencia de las "vacunas" antiCovid para ellos***. Sólo se puede autorizar el uso de un producto médico en una población determinada si el beneficio supera el riesgo en esa misma población. Esto significa que, aunque los adultos se beneficien, las "vacunas" antiCovid ***no pueden autorizarse para los niños a menos que éstos*** obtengan ***beneficios reales y, como ha quedado demostrado, eso no sucede***. ***La eficacia de las "vacunas" contra la Covid-19 que las farmacéuticas informan para el grupo de niños y adolescentes, no aporta mayor beneficio al grupo, puesto que tienen una probabilidad de*** supervivencia ***del 99.96%, y su*** disminución ***del riesgo absoluto es cercano al 1.4%, dando una sobreestimación del efecto real al solo mostrar disminuciones del riesgo relativo del 100%***.

Aunque es muy reconocido ***que hay bajo riesgo de que los niños padezcan Covid-19 grave***, muchos creen que "vacunar" de forma masiva a los niños podría prevenir también la transmisión ulterior, ya que protegería directamente a los adultos vulnerables y ayudaría a acabar con la pandemia. Sin embargo, hay múltiples supuestos que deben examinarse al momento de juzgar el requerimiento de "vacunar" a los niños contra el Covid-19. ***Incluso si se*** asume ***una protección contra el Covid-19 grave, dada su muy baja incidencia en los niños, sería necesario "vacunar" a un número muy alto para*** evitar ***un solo caso grave***. Mientras tanto, ***un gran número de niños con un riesgo muy bajo de padecer una enfermedad grave estaría*** expuesto ***a los riesgos de la "vacuna", ya sean conocidos o desconocidos***.

***Incluso si** asumimos **que esta protección existe, si** consideramos **las bajas tasas de transmisión, la alta proporción de niños que son postCovid y la mayoría de los adultos que están "vacunados" o que son postCovid, el número de niños que tendrían que recibir la "vacuna" para proteger a un solo adulto de un ataque grave de Covid-19 sería** muy alto*. Además, es probable que esta cifra se compare de forma desfavorable con el número de niños que resultarían perjudicados, incluso en el caso de eventos graves poco frecuentes.

Dado que los riesgos comprobados** superan con creces **los beneficios demostrados en los niños, las "vacunas" tampoco** cumplen **con la solicitud de licencia biológica requerida para hacer la aprobación final de comercialización. Por último, pero no menos importante, dado que no hay una "necesidad insatisfecha", no era necesario apresurar la aprobación de estas "vacunas" para los niños.

Los profesionales que conforman el Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) han elaborado un documento en el que se analiza la "vacunación" Covid-19 en infancia y adolescencia:" ***Los hechos descritos y las cuestiones planteadas nos obligan a compartir las dudas respecto a la 'vacunación' Covid-19 en adolescentes***".

Jonas Ludvigsson publicó un artículo clave en el New England Journal of Medicine sobre Covid-19 entre niños de 1 a 16 años y sus maestros en Suecia. **De los casi 2 millones de escolares que fueron seguidos en Suecia, sin mandatos de mascarilla, se informó que hubo cero muertes por Covid y solo unos pocos casos de transmisión y mínima hospitalización**. De manera similar, los datos muestran que menos del 1% de los estudiantes y el personal en el condado de Los Ángeles han dado positivo por Covid-19 desde que abrieron las aulas tras el verano. Además, solo alrededor del 0.2% de las personas que entraron en contacto con alguien que contrajo Covid-19 de la escuela más tarde dieron positivo.

Examinemos un documento titulado 'Total de muertes por Covid-19 - resúmenes semanales' que se puede encontrar en el sitio web del NHS England. Echemos un vistazo a la versión más reciente que muestra datos hasta las 4 pm del 25 de agosto de 2021 y vamos directamente a una sección titulada 'Muertes por condición'.

La tabla proporciona un desglose de las personas que han muerto después de recibir un resultado positivo en la prueba del SARS-CoV-2 y las divide en personas que tenían una afección preexistente y personas que no tenían una afección preexistente. La tabla muestra un total de 48 presuntas muertes por Covid-19 en niños y adolescentes menores de 19 años hasta las 4 pm del 25 de agosto de 2021 desde marzo de 2020, y solo 9 de esas muertes fueron niños que no tenían antecedentes conocidos.

Esto no significa que los 9 niños que murieron sin condiciones preexistentes conocidas realmente murieron de Covid-19. Simplemente significa que no tenían

ninguna condición preexistente. Esta cantidad muy pequeña de personas en el gran esquema de las cosas podría ser incluso más pequeña, ya que es muy posible que todavía murieran por otras causas debido al hecho de que registran las muertes por Covid-19 como cualquier persona que haya muerto dentro de los 28 días posteriores a la recepción de un prueba positiva para SARS-CoV-2.

Los niños parecen ser menos susceptibles que los adultos tanto a la infección como a la transmisión del SARS-CoV-2, países como Noruega mantuvieron bajas tasas de transmisión a pesar de mantener abiertas las escuelas primarias. Se sugiere un papel limitado de los niños pequeños en el mantenimiento de las cadenas de transmisión; ***es probable que la "vacunación" infantil tenga un beneficio marginal en la reducción del riesgo para los demás***. Según disminuye la circulación del virus, aumenta la edad de la infección primaria y, dado que la edad está directamente asociada con la patogenicidad, ***la "vacunación" de los niños probablemente conduciría a tasas de letalidad más altas***. Además, según la duración relativa de la hipotética inmunidad inducida por las vacunas y la infección, y la tasa de cambio antigénico viral; ***la "vacunación" de los niños podría*** aumentar ***la frecuencia de grandes epidemias estacionales, lo que provocaría un aumento general de la morbilidad y la mortalidad inducidas por virus***.

En un estudio en Italia, no encontraron una relación entre las fechas de apertura de la escuela y el aumento del número reproductivo básico (R_t) del SARS-CoV-2; los cierres de escuelas no afectaron la tasa de disminución de R_t. Además, la incidencia de SARS-CoV-2 entre los estudiantes es menor que en la población general. La incidencia entre profesores es comparable a la registrada en la población general de la misma edad. Finalmente, **el rastreo de contactos en las escuelas resultó en una frecuencia muy baja de infecciones secundarias encontradas por prueba, y en una baja frecuencia en las agrupaciones a pesar de una gran cantidad de pruebas cada semana**. Cuando el contagiado era un profesor, la fuente primaria de ese contagio, con mucha frecuencia, era otro adulto. La incidencia entre las personas en edad escolar fue baja en comparación con la incidencia sostenida entre las personas de 45 a 49 años. El lapso de tiempo entre la apertura de las escuelas y el aumento de R_t, no fue uniforme en las regiones italianas con diferentes fechas de apertura de las escuelas y con tiempos de demora más cortos en las regiones donde las escuelas abrieron más tarde. Por lo tanto, las infecciones por SARS-CoV-2 rara vez ocurren en la escuela y la transmisión de los estudiantes a los maestros es poco frecuente. ***El análisis proporciona evidencia de que la apertura de escuelas no debe considerarse como un factor relevante que influya en la propagación de la epidemia de Covid-19 y que el cierre de escuelas no mejoró la disminución ya existente en el R_t de Covid-19***. En un estudio, se ha demostrado que ***los profesores no corren un mayor riesgo de hospitalización como resultado de la infección por Covid-19 que el resto de la población***.

Un estudio europeo de los CDC concluyó que "***no se ha encontrado evidencia que sugiera que los niños o los entornos educativos sean los principales impulsores de la transmisión de Covid***". Los CDC informan que ***las tasas de***

muerte, lesiones y hospitalización son muy, muy bajas para los niños y adolescentes y que la transmisión de Covid en las escuelas, tanto del estudiante al personal como entre los estudiantes, también es muy baja.

En otro análisis, afirman que ***el beneficio potencial de la "vacunación" en los niños es muy escaso***. ***La mayoría de los niños que contraen Covid-19, tienen una enfermedad leve***. Hay riesgos bajos de hospitalización y muerte (alrededor de dos por millón de niños en el Reino Unido), así como de un síndrome inflamatorio multisistémico (que es muy poco común). También hay efectos indirectos (por ejemplo, educación interrumpida) y un posible Covid prolongado. Sin embargo, la ***enfermedad grave por Covid es mucho menos común que en los adultos***. Además, ***los niños pequeños y las escuelas parecen desempeñar un papel limitado en la transmisión***. ***La "vacunación" de los niños tendría un beneficio marginal en la protección de otros***, particularmente una vez que las personas con mayor riesgo estén inmunizadas.

El Comité Conjunto de Vacunas e Inmunizaciones , un comité asesor que ayuda al gobierno británico con respecto a las políticas de vacunación, también está en contra de recomendar "vacunas" para niños sanos. ***Según el comité, el riesgo de que los niños mueran a causa del virus es de uno en un millón, por lo que no es necesario que se "vacunen"***.

Sunetra Gupta, epidemióloga de enfermedades infecciosas de la Universidad de Oxford, Carl Heneghan, médico de atención de urgencia del NHS y profesora de Medicina basada en la evidencia en la Universidad de Oxford, así como Alberto Giubilini, investigador principal en enfermedades infecciosas en Oxford, aclaran su posición sobre la "vacunación" de niños a continuación. Publicaron un artículo de opinión en el European Journal of Medical Ethics en julio de 2021, explicando por qué no se debe exigir o alentar a los niños a tomar la "vacuna" Covid-19:

"**Los riesgos de Covid-19 para niños y jóvenes son mínimos**. Por ejemplo, en los EE. UU., Reino Unido, Italia, Alemania, España, Francia y Corea del Sur, las muertes por Covid-19 en niños siguieron siendo raras hasta febrero de 2021 (es decir, hasta el momento en que el estudio tenía datos disponibles), a razón de **0.17 por 100 000 habitantes**. ***Los riesgos a largo plazo de las nuevas 'vacunas' Covid-19 en una población de millones de niños se desconocen por el momento, dado que los ensayos clínicos involucraron a unos pocos miles de sujetos durante un período de pocos meses***.

'Vacunar' a los niños sería una forma de tratarlos como un mero medio para servir los intereses de otras personas o alguna forma de bien colectivo. Ya lo hicimos mediante cierres indiscriminados y otras restricciones, como el cierre de escuelas. ***Utilizar a los niños como un medio o incluso como meros medios de esta manera no es necesariamente incorrecto, pero solo puede justificarse si el costo impuesto es lo suficientemente pequeño y el beneficio lo suficientemente grande***. Desafortunadamente, ***las "vacunas" Covid-19 actualmente disponibles no cumplen con ninguna de las dos condiciones***, dado nuestro estado actual de conocimiento. ***'Vacunar' a los***

niños solo representaría riesgos para ellos sin ningún beneficio directo sustancial".

El organismo de control de la salud en Finlandia ha dicho que los niños de entre 5 y 11 años solo deben recibir una inyección contra el Covid-19 si existiese un factor de "alto riesgo" de infección grave para ellos o para alguien de su círculo íntimo.

No se puede recomendar ***la "vacunación" para todos los niños de entre 5 y 11 años hasta que haya más información disponible sobre la seguridad de la "vacunación" para este grupo de edad, incluidos los efectos secundarios raros***, dijo el Instituto de Salud y Bienestar (THL) de Finlandia en un comunicado a principios de diciembre, agregando que los decretos gubernamentales pertinentes deberían enmendarse antes de que pudiera iniciarse una campaña general de "vacunación" para los niños pequeños.

Hasta ahora, solo aquellos que enfrentan un riesgo agudo de infección grave o que tienen "personas gravemente inmunodeprimidas" dentro de su círculo íntimo deberían recibir una inyección, dijo el THL. Agregó que una campaña de "vacunación" para niños podría comenzar a principios del próximo año siempre que haya evidencia suficiente de la seguridad de estas inyecciones experimentales.

"La principal razón por la que THL no recomienda 'vacunas' ahora para todos los niños de 5 a 11 años es ***su propia baja incidencia de la enfermedad***. ***La infección en los niños de esta edad suele ser leve y los síntomas graves son muy raros***, en comparación con otras enfermedades que se han prevenido con vacunas", dijo Hanna Nohynek, médico jefe de THL.

El organismo de control de la salud cree que la "vacunación" de los niños "***no ralentiza significativamente la epidemia" en su forma actual***. "***Si una sociedad quiere influir en el curso de la epidemia "vacunando" a los niños y los beneficios son pequeños, la información de seguridad es aún más importante***", explicó Nohynek.

En Finlandia todas las "vacunas", incluidas las inyecciones contra el Covid-19 que también se están clasificando erróneamente como "vacunas", son voluntarias cuando se trata de niños.

En un editorial que la **SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)** hace una recopilación de lo que se lleva defendiendo, desde hace ya muchos meses, por muchos profesionales de la medicina que han sido sistemáticamente silenciados, insultados y ninguneados.

Son muy claros con respecto a la "vacunación" infantil:

"***Sabemos que los niños y niñas no sufren las formas graves de la enfermedad ni son transmisores particularmente efectivos, pero a pesar de ello tuvimos las escuelas cerradas durante meses, y luego les hemos***

impuesto las medidas más severas: uso de mascarilla durante toda la jornada, prohibición de mezcla entre grupos y pruebas y cuarentenas cada vez que se detecta un positivo. Estas medidas provocan dificultades en el aprendizaje y la socialización, además de dificultar la conciliación familiar al no existir ninguna ayuda para mantener las cuarentenas infantiles. El balance beneficio-riesgo es desfavorable y en estos casos la prudencia no es hacer muchas cosas, sino que, como sabemos en Atención Primaria, a menudo lo prudente es no hacer nada".

La evidencia científica ***actual muestra que la mayoría de los niños y adolescentes cursan un cuadro asintomático hasta en un 80%, y que al igual que los adultos prácticamente no transmiten la enfermedad, ni se consideran iniciadores de brotes en la comunidad. Por el contrario, se ha observado que los adultos mayores que conviven con niños tienen más posibilidades de padecer resfriados comunes, lo cual implica que por la inmunidad cruzada demostrada entre coronavirus, estarían protegidos de infecciones graves por el virus SARS-CoV-2, sin aumentar en forma absoluta el riesgo de hospitalizaciones de este grupo etario***.

En un movimiento sin precedentes, los miembros del establecimiento médico británico, convocados por el Consejo Asesor de Vacunas Covid para Niños ("CCVAC"), están lanzando un desafío legal contra la 'oferta' del gobierno del Reino Unido de una 'vacuna' Covid para niños sanos de 5 a 11 años, en nombre de una madre británica y sus hijos.

"***Hay una emergencia, pero no es por un virus. Es de esta política negligente***", afirma CCVAC.

CCVAC es un grupo independiente de profesionales de la salud y científicos de alto nivel que tiene como objetivo desafiar las políticas gubernamentales poco éticas sobre las inyecciones antiCovid para niños.

La Dra. Rosamond Jones, pediatra consultora jubilada, es la coordinadora de CCAG y miembro de CCVAC. En el vídeo, la Dra. Jones explica por qué CCVAC presenta una denuncia contra la política de "vacunación" de 5 a 11 años del gobierno del Reino Unido y cómo puede ayudar.

El equipo legal desmantelará esta política sumamente irresponsable, pieza por pieza, y mostrará que:

- La información está siendo ocultada al público.
- No hay beneficio para los niños ni para nadie más.
- Es probable que las reacciones adversas sean de cientos de miles.
- Existe un riesgo demostrable de lesiones que cambian la vida.
- En un despliegue completo, se esperan muertes.

La falta total de un balance beneficio/riesgo positivo para los niños se establece en una carta que se envió al gobierno, con dos anexos de "lectura obligada" que enumeran los hechos y las pruebas en apoyo.

En una publicación que analiza el balance riesgo/beneficio de la "vacunación" contra Covid con suero de Pfizer en adolescentes de 12 a 17 años, llegaron a la siguiente conclusión:

"Al sopesar la mio/pericarditis posterior a la 'vacunación' contra la hospitalización por Covid-19 durante Delta, nuestro análisis de riesgo-beneficio sugiere que ***entre los 12 y los 17 años, la 'vacunación' de dos dosis fue uniformemente favorable solo en niñas no inmunes con una comorbilidad. En niños con infección previa y sin comorbilidades, incluso una dosis conlleva más riesgo que beneficio según estimaciones internacionales"***.

En un artículo preimpreso (que, por lo tanto, aún debe ser validado por pares), informando ***la efectividad de las "vacunas" antiCovid-19 en 365 502 niños de 5 a 11 años, esto sería solo*** un 12% ***contra el riesgo de infección*** en enero de 2022, con predominio de la supuesta variante Ómicron. De manera preocupante, la eficacia ***de la "vacuna" se*** volvería ***cero y luego negativa a partir del día 35 después de la "vacunación"***, algo que también confirman los CDC.

La "vacunación" contra la Covid-19 de niños sin factores de riesgo tiene un impacto muy bajo ***en la salud pública***. El JVCI (una especie de consejo científico británico de vacunas) ha estimado que ***entre 340 000 y 1 900 000 niños necesitarían ser "vacunados" para evitar potencialmente la entrada en cuidados intensivos de un solo niño por Covid-19 dependiendo del grado de severidad de la variante que esté circulando.***

Sin embargo, según datos preliminares la "vacuna" provocaría 1.16 eventos adversos graves por cada 100 000 "vacunas". ***El balance beneficio/riesgo por lo tanto parece desfavorable***.

Los CDC informan 1.25 eventos adversos graves por cada 100 000 "vacunas" notificadas a VAERS (100 por aproximadamente 8 millones de niños "vacunados").

Algunos de estos efectos secundarios graves incluyen:

- 15 niños con troponina alta (análisis biológico que indica daño cardíaco)
- 10 niños con ataques epilépticos
- 15 sospechas de miocarditis, 11 de las cuales fueron confirmadas
- Se registraron 2 muertes en niños con comorbilidades asociadas y que se encuentran en estudio.

La actualización de farmacovigilancia de ANSM sobre la inyección de la "vacuna" Pfizer para niños de 5 a 11 años el 5 de noviembre indica 48 eventos adversos,

incluidos 4 casos graves notificados para 351 056 inyecciones, es decir, 13.67 eventos adversos para 100 000 inyecciones, incluidos 1.13 bajos.

En el estado actual del conocimiento, podemos concluir que ***no hay beneficio colectivo o individual en tener un niño sano "vacunado"***. A la vista de los datos técnicos y científicos disponibles, ***la "vacunación" de niños de 5 a 11 años en buen estado de salud frente al Covid-19*** no aporta ningún beneficio. Actualmente, ***los efectos adversos de la "vacuna" en este grupo de edad son*** muy poco conocidos: ***al haberse centrado el ensayo clínico en un número muy pequeño de niños, no se pudieron detectar los efectos adversos raros y moderadamente raros***. ***En cuanto a los adultos, los efectos adversos a medio y largo plazo de esta nueva tecnología "vacunal" son*** absolutamente desconocidos. Parece inadmisible que las tablas de efectos adversos estén enmascaradas en los datos públicos de la Agencia Europea de Medicamentos. Se vuelve imperativo exigir la divulgación pública de estos datos. Sobre todo porque esta enfermedad es abrumadoramente benigna en niños sanos.

El 22 de diciembre de 2021 fue publicado un estudio, titulado (traducido del inglés) "Los niños desarrollan respuestas inmunes con reactividad cruzada, robustas y sostenidas contra Spike ante la infección con SARS-CoV-2". El estudio, publicado en la revista Nature Immunology por Dowell y colaboradores, describe precisamente lo que varios han dicho desde hace tiempo, basándose en estudios similares que se hicieron desde el año pasado. Tal vez el hecho de que este estudio lo hayan publicado en una revista tan prestigiosa ayudará a que algunos puedan comenzar a comprender que no es necesario inocular a este grupo de edad. Además, si comienzan a leer las decenas de publicaciones que demuestran el riesgo que representan las "vacunas" Covid-19, entonces tal vez los médicos comenzarán a anteponer la salud y el bienestar de sus pacientes pediátricos antes que su prestigio, y tal vez los padres de familia comenzarán a anteponer la salud y bienestar de sus hijos antes que la presión y las ganas de que los dejen entrar a una piscina o hacer un viaje. Comprendo que no es fácil resistir dicha presión de familia y amigos, pero tal vez contando con el conocimiento y el entendimiento de por qué no necesitan estas inoculaciones, les sea más fácil responder y no ceder a la presión.

En el estudio de Dowell y colaboradores compararon las respuestas inmunes y su efectividad contra SARS-CoV-2 en niños de 3 a 11 años con las respuestas de los adultos. Evaluaron a 91 niños y 154 adultos, de los cuales 35 y 81, respectivamente, se habían infectado con el virus (en todos los casos, fueron infecciones muy leves o asintomáticas. Encontraron que ***los niños generan respuestas contundentes de anticuerpos y de linfocitos T contra SARS-CoV-2, tanto contra Spike, la nucleocápside (NC) y la proteína de envoltura (M) del virus. La inmunidad generada dura al menos 12 meses (no evaluaron más allá de eso), y demostraron que la exposición a los coronavirus humanos estacionales (son virus de la misma familia aunque diferente género viral) les confiere inmunidad cruzada que es efectiva contra SARS-CoV-2***. También vieron que hay una respuesta diferente a la de los adultos en cuanto a su producción de citoquinas pro-inflamatorias (son menos propensos a esas respuestas inflamatorias excesivas que el adulto). En esencia,

demostraron lo que ya se había demostrado, pero en estos tiempos, es necesario e importante que se junte más y más evidencia al respecto.

El hecho de haber encontrado inmunidad cruzada generada por la exposición a coronavirus humanos estacionales (virus que ocasionan cuadros de resfriado sumamente leves, que la mayor parte de las veces no requieren ni siquiera un medicamento) protectora contra SARS-CoV-2 en los niños es muy importante y se debe de tomar en cuenta en el contexto del aislamiento, la "sana distancia" y las mascarillas. ***Cuanto más se expongan los niños a los coronavirus estacionales leves, más protegidos estarán contra SARS-CoV-2. De cualquier manera, aunque no tengan esa inmunidad estacional, de todas formas cuentan con respuestas inmunes contundentes que no inducen cascadas pro-inflamatorias, por lo que en ellos, el SARS-CoV-2 es un supuesto virus tan moderado como los coronavirus humanos estacionales***.

En resumen, se publicó un estudio que añade ***evidencia de que los niños no requieren estas inmunizaciones contra SARS-CoV-2***. ¿Para qué exponer a un niño sano a un producto del cual se conoce muy poco sobre los efectos a corto y mediano plazo, aunque ya hay evidencia de que incrementan el riesgo de que ocurran enfermedades cardíacas agudas, un producto del que se desconoce por completo lo que puede provocar a largo plazo, y que además, simplemente no necesitan?

Vamos a finalizar, con un anuncio reciente de la OMS: ***"Ya que no hay 'datos de eficacia o seguridad' los menores de 12 años NO deben ser 'vacunados' contra el Covid-19 de forma rutinaria"***.

El pasado 5 de enero, la OMS agregó una declaración a su página llamada: "Lo que necesita saber sobre la 'vacuna' de Pfizer-BioNTech", advirtiendo contra el uso de la inyección en menores de 12 años. La justificación del grupo es que, ***dado que actualmente no hay "datos de eficacia o seguridad" disponibles para los jóvenes, los gobiernos deberían abstenerse de administrarles las 'vacunas'***. A pesar de esto, muchas naciones importantes han seguido inyectando incluso a niños de hasta cinco años.

Consecuencias de la inoculación

Vamos a empezar por hacer un pequeño resumen con algunos datos extraídos de VAERS y luego analizaremos la tipología concreta de dichas consecuencias:

En Estados Unidos, hasta el 24 de junio de 2022, según los datos de VAERS para el rango de edad de 12-17 años, se habían producido 28 303 eventos adversos en los que el paciente no murió, 3160 clasificados como graves y 80 muertes notificadas. ***Las "vacunas" antiCovid-19 administradas a los adolescentes tienen 7.5 veces más muertes, 15 veces más discapacidades y 44 veces más hospitalizaciones que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA COMBINADAS, que están recibiendo estos adolescentes. En Estados Unidos hubo 3000 casos más, más muertes, más hospitalizaciones y más eventos potencialmente mortales***

en los primeros 9 meses entre los adolescentes, que en los últimos 5 años para TODAS las vacunas.

Si hacemos la misma búsqueda para el rango de edad de 0 a 18 años, hasta el 24 de junio del 22, se habían producido 50 916 ***eventos adversos en los que el paciente no murió***, 4626 ***clasificados como graves***, ***y*** 122 ***muertes notificadas***.

Según los datos de VAERS para el rango de edad de 5 a 11 años hasta el 24 de junio del 22, se habían producido 9215 ***eventos adversos en los que el paciente no murió***, 454 ***considerados como graves, y*** 12 ***muertes notificadas***.

Por el contrario para este rango de edad, hubo 1449 casos de eventos adversos de "vacunas" durante este mismo período de tiempo para todas las vacunas aprobadas por la FDA para niños en este grupo de edad. ***Eso significa que hubo un aumento del 619% de lesiones y muertes por vacunas para este grupo de edad después de las "vacunas" Covid-19***.

En lo que refiere a las vacunas aprobadas por la FDA en el calendario de inmunización infantil, este grupo de edad recibe las siguientes vacunas: vacunas contra la difteria, el tétanos y la tosferina acelular, la vacuna contra el poliovirus inactivado, la influenza (una cada año), las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola, la vacuna contra la varicela, el tétanos, vacunas contra la difteria y la tosferina acelular, la vacuna contra el virus del papiloma humano y la vacuna contra el meningococo.

Por lo tanto, es seguro concluir que estos niños están recibiendo más vacunas aprobadas por la FDA que las "vacunas" EUA Covid-19. ***La FDA no solo*** no debería autorizar ***una "vacuna" de refuerzo para este grupo de edad, sino que debería*** suspender ***de inmediato las "vacunas" originales de 2 dosis de Pfizer contra la Covid-19 para este grupo de edad***.

Se ha establecido ***desde hace mucho tiempo que los niños son los menos afectados por el supuesto virus***, y las "vacunas" están asociadas con eventos adversos graves. Sin embargo, las grandes compañías farmacéuticas como Moderna han estado impulsando su deseo de "vacunarlos" lo más rápido posible al solicitar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) una autorización de uso de emergencia de sus "vacunas" de dos dosis para niños a partir de los seis meses.

Los funcionarios de salud pública, incluidos los CDC, han minimizado e ignorado constantemente la inmunidad natural entre los niños. Irónicamente, a pesar de que la agencia obliga a los niños a "vacunarse" contra la Covid-19, no siente lo mismo por la vacuna contra la varicela, el sarampión, las paperas o la rubéola. La agencia dijo que estas vacunas no son necesarias para las personas que tienen confirmación de laboratorio de infecciones pasadas o que se han hecho análisis de sangre para demostrar que son inmunes a las enfermedades antes mencionadas.

Los estudios también han demostrado ***que los niños tienen un riesgo muy bajo de transmitir la infección por Covid-19 a otros niños o adultos***, como se ha visto en los estudios de transmisión en el hogar.

Es importante señalar que Pfizer admitió que, ***según los datos de su propio estudio, la probabilidad de muerte en los niños por la inyección de la "vacuna" Covid-19 es 107 veces mayor que la muerte por la propia Covid. Los niños de 10 a 14 años tenían estadísticamente 52 veces más probabilidades de morir si recibían la doble "vacuna". Los adolescentes de 15 a 19 años con dos "vacunas" de Covid tenían al menos tres veces más probabilidades de morir que las personas no "vacunadas" del mismo grupo de edad***.

Hay una enorme diferencia en las tasas de mortalidad entre los niños "vacunados" contra la Covid-19 y sus homólogos no "vacunados" en Inglaterra y Gales, según los datos oficiales publicados por la Oficina de Estadísticas Nacionales, que muestran que ***el riesgo de muerte por cualquier causa de los niños "vacunados" aumenta en un 5100%***.

La Oficina de Estadísticas Nacionales reveló sin darse cuenta que ***los niños tienen hasta*** 52 veces más probabilidades de morir ***después de la "vacunación" contra la Covid-19 que los niños que no han recibido la "vacuna" contra la Covid-19***.

El 20 de diciembre del 21, la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) publicó un conjunto de datos que contiene detalles sobre "muertes por estado de "vacunación" en Inglaterra" entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 21.

El conjunto de datos contiene varias tablas que muestran detalles como "Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de vacunación para muertes relacionadas con Covid-19" y "Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de 'vacunación' para muertes no relacionadas con Covid-19".

En la tabla 9 del conjunto de datos 'Muertes por estado de vacunación' , la ONS sin darse cuenta proporcionó suficientes detalles sobre las muertes entre niños y adolescentes por estado de "vacunación" para que nosotros mismos calculemos las tasas de mortalidad y, para decirlo sin rodeos, son horribles. y aclarar por qué la ONS optó por excluir a los niños del conjunto de datos de las tasas de mortalidad.

Lo que ha hecho la ONS, como se puede ver en la tabla anterior, es proporcionar una tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100 000 personas-año, en lugar de por 100 000 habitantes.

La razón de esto es que el tamaño de cada población con estatus de "vacunación" ha estado cambiando todo el tiempo, debido a que los no vacunados pasaron a la categoría de una dosis y los "vacunados" con una dosis pasaron a la categoría de "vacunados" con dos dosis a lo largo del año.

Entonces, al hacerlo de esta manera, brinda una imagen mucho más precisa de las tasas de mortalidad porque tiene en cuenta tanto la cantidad de personas como la cantidad de tiempo que una persona ha pasado en cada estado de "vacunación".

En la tabla 9, la ONS nos ha proporcionado el número de muertes por estado de "vacunación" entre niños y adolescentes, y también nos ha proporcionado los años-persona, lo que significa que podemos calcular la tasa de mortalidad por 100 000 años-persona para 10-14 años y de 15 a 19 años según el estado de "vacunación".

Según la ONS, entre el 2 de enero y el 31 de octubre de 2021 se registraron 96 muertes entre jóvenes de 10 a 14 años que no habían sido "vacunados" y 160 muertes registradas entre jóvenes de 15 a 19 años que no habían sido "vacunados".

La ONS ha calculado que los años-persona entre los jóvenes de 10 a 14 años no "vacunados" durante este período son 2 094 711, mientras que los años-persona entre los jóvenes de 15 a 19 años no "vacunados" durante este período son 1 587 072.

Para calcular la tasa de mortalidad por 100 000 años-persona, todo lo que tenemos que hacer ahora es dividir los años-persona por 100 000 y luego dividir el número de muertes por la respuesta a esa ecuación.

Entonces, para niños de 10 a 14 años, realizamos el siguiente cálculo:

2 094 711 (persona-año) / 100 000 = 20.94711

96 (muertes) / 20.94711 = 4.58

Por lo tanto, la tasa de mortalidad por 100 000 años-persona entre los niños de 10 a 14 años no "vacunados" es de 4.58 muertes por 100.000 años-persona entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 21.

Usando la misma fórmula, encontramos que la tasa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 19 años no "vacunados" es de 10.08 muertes por 100 000 años-persona.

Ahora todo lo que tenemos que hacer es usar la misma fórmula para calcular la tasa de mortalidad entre los vacunados con una dosis y los "vacunados" con dos dosis de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, utilizando los años-persona y el número de muertes proporcionados por el ONS en la tabla 9 de su informe 'Muertes por estado de vacunación'.

Éstas son las tasas de mortalidad calculadas por estado de "vacunación" entre los jóvenes de 15 a 19 años según los años-persona calculados por la ONS y aquí están las tasas de mortalidad calculadas por estado de "vacunación" entre los niños de 10 a 14 años según los años-persona calculados por la ONS.

Estas cifras son espeluznantes. ***Los datos de la ONS* muestran *que entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 21, los niños de 10 a 14 años tenían estadísticamente 10 veces más probabilidades de morir que los niños no "vacunados", y los adolescentes de 15 a 19 años tenían estadísticamente 2 veces más probabilidades de morir que los adolescentes no "vacunados"***.

Pero son las cifras de doble "vacunación" las que realmente asustan.

Los datos de la ONS muestran que entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 21, ***los adolescentes de 15 a 19 años* tenían *estadísticamente 3 veces más probabilidades de morir que los adolescentes no "vacunados", pero los niños de 10 a 14 años* tenían *estadísticamente 52 veces más probabilidades de morir que los niños no "vacunados", registrando un tasa de mortalidad de 238.37 por 100 000 años-persona***.

Además, ***según las cifras de "*promedio *de muertes semanales de cinco años por sexo y grupo de edad" de la ONS entre 2015 y 2019 entre niños de 10 a 14 años, las muertes registradas han aumentado un 44% por encima del promedio en cifras semanales proporcionadas por la ONS para 2021***.

Pero estas cifras son, de hecho, incluso peores de lo que parecen a primera vista, como si no fueran ya lo suficientemente malas. Esto se debe a que la tasa de mortalidad no "vacunada" entre los niños de 10 a 14 años incluye a los niños de 10 y 11 años que no eran elegibles para la "vacunación".

De igual forma, una investigación de los datos oficiales en octubre del 21 reveló que ***desde que la "vacuna" Covid-19 comenzó a aplicarse a los adolescentes, ha habido un aumento del 62% en el número de muertes por todas las causas dentro de ese grupo de edad***. Una investigación de los datos oficiales de la ONS, también ha revelado que desde que se ofreció y administró la "vacuna" Covid-19 a los adolescentes en Inglaterra y Gales, ***ha habido un aumento significativo*** (89%) **en chicos varones, (viendo un aumento tan alto como un 200% en la última semana de octubre de 2021) en las muertes entre los adolescentes en comparación con el promedio de cinco años, con algunas semanas viendo un aumento tan alto como un** 175% para los chicos y un 400% para las chicas en la semana 34. Para los niños de 12 a 15 años de edad, el ensayo clínico extremadamente corto y pequeño de la "vacuna" Pfizer Covid-19 encontró que la incidencia general de eventos adversos graves que dejaron a los niños incapaces de realizar sus actividades diarias, durante el período de observación de dos meses, fue del ***10.7%, o 1 de cada 9 en el grupo "vacunado" y 1.9% en el grupo no "vacunado"***.

Los niños que recibieron la "vacuna" tuvieron casi seis veces más riesgo **de que ocurriera un evento adverso grave en el período de observación de dos meses en comparación con los niños que no recibieron la vacuna**. Además, la incidencia de Covid-19 en el grupo no "vacunado" fue del 1.6%, por lo

tanto, se observaron eventos adversos casi siete veces más graves en el grupo "vacunado" que los casos de Covid-19 en el grupo no "vacunado".

En enero del 22, una investigación de los datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales reveló que ***desde que la "vacuna" Covid-19 comenzó a implementarse entre los adolescentes, ha habido un aumento del 53% en el número de muertes por todas las causas entre los hombres de 15 a 19 años, y cada aumento en las muertes se correlaciona perfectamente con un aumento en la administración de la primera, segunda y tercera dosis de la inyección de Covid-19 a este grupo de edad***.

Investigaciones adicionales también han encontrado que, si bien las muertes por Covid-19 se mantuvieron bajas entre este grupo de edad después de la "vacunación" contra Covid-19, aún eran considerablemente más altas que la cantidad insignificante de muertes que habían ocurrido antes de que se introdujera la "vacuna" contra Covid-19.

El gráfico se ha trazado a partir de los datos encontrados en la edición de 2020 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales', que se puede descargar aquí y acceder al sitio web de la ONS aquí, y la edición de 2021 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales' que se puede descargar aquí y acceder desde el sitio web de la ONS aquí .

El gráfico muestra el número de muertes registradas cada semana a lo largo de 2020 y 2021 entre los adolescentes varones de 15 a 19 años, y podemos ver claramente que a partir de la semana 18 en adelante en 2021 hubo un aumento notable de muertes por todas las causas entre los adolescentes varones en comparación con 2020, con las cosas empeorando a partir de la semana 23.

Por ejemplo, en la semana 26, a pesar de que el virus Covid-19 supuestamente causó estragos en todo el Reino Unido, solo se registraron 2 muertes entre adolescentes varones de 15 a 19 años en Inglaterra y Gales. Pero avancemos un año y podemos ver que hubo 19 muertes registradas entre adolescentes varones de 15 a 19 años en Inglaterra y Gales durante la semana 26. ***Eso representa un aumento del 850%***.

La razón por la que el aumento de muertes entre los adolescentes varones que ocurren a partir de la semana 18 en adelante es preocupante es que, según el siguiente gráfico proporcionado por la Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido en los informes de Vigilancia de Vacunas, este es el punto en el que se produce un aumento en las "vacunas" de 18 y 19 años y por la misma época se empezó a poner la inyección de Covid-19 a unos de 16 y 17 años.

La diferencia preocupante en las muertes solo ocurrió después de que se introdujera la "vacuna" Covid-19 en este grupo de edad. Con 264 muertes entre hombres de 15 a 19 años entre la semana 18 y la semana 52 en 2020, pero 405 muertes entre hombres de 15 a 19 años entre la semana 18 y la semana 52 en 2021.

Esto** significa **que las muertes entre los hombres de 15 a 19 años aumentaron en un 53% tras la introducción de la "vacuna" Covid-19 a este grupo de edad en comparación con el mismo período en 2020.

Algunas personas pueden intentar tumbar esta estadística afirmando que la Covid-19 fue realmente el culpable, por lo que también vamos a analizar la cantidad de muertes por covid-19 registradas semanalmente entre hombres de 15 a 19 años en Inglaterra y Gales durante todo 2020 y 2021.

El siguiente gráfico se ha trazado nuevamente a partir de los datos encontrados en la edición 2020 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales', que se puede descargar aquí y acceder al sitio web de la ONS aquí, y la edición 2021 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales, que se puede descargar aquí y acceder desde el sitio web de la ONS aquí.

Como podemos ver, la cantidad de muertes por Covid-19 entre hombres de 15 a 19 años en Inglaterra y Gales ha sido bastante escasa durante un período de dos años. No se han registrado más de 3 muertes en una sola semana. Entonces, podemos ver claramente que ***Covid-19 no juega un papel importante en el aumento del 53%*** en las muertes entre la semana 18 y la semana 52 en 2021.

Estos datos muestran algo bastante preocupante, ya que, si bien las muertes por Covid-19 se mantuvieron bajas, en realidad ***aumentaron significativamente después de la introducción de la "vacuna" contra la Covid-19 en esta población***.

Entre la semana 12 (inicio del bloqueo 1 en 2020) y la semana 17 en 2020 hubo un total de 4 muertes por covid-19 entre hombres de 15 a 19 años en Inglaterra y Gales. Durante el mismo período en 2021 solo se registró una sola muerte.

Sin embargo, observe la diferencia entre la semana 18-52 en 2020 y en 2021.

Hubo 2 muertes por Covid-19 registradas entre la semana 18 y la semana 52 durante 2020, pero hubo 11 muertes por Covid-19 registradas entre la semana 18 y la semana 52 durante 2021, a pesar de que se introdujo la vacunación contra Covid-19 en este grupo de edad.

Por lo tanto, ***después de la "vacunación" contra la Covid-19, las muertes por Covid-19 aumentaron un 450 % en comparación con la cantidad de muertes por Covid-19 durante el mismo período en 2020 cuando no había una "vacuna" contra el covid-19 disponible***.

Por lo tanto, ***estos datos sugieren que las "vacunas" contra la Covid-19 han tenido un efecto negativo en el sistema inmunitario de los hombres de 15 a 19 años, o que las muertes entre este grupo de edad se han atribuido erróneamente a Covid-19, de hecho, la "vacuna" Covid-19 puede haber tenido un papel en las muertes, y podemos concluir con seguridad que la "vacuna" Covid-19 tiene la culpa de esas muertes debido a la siguiente correlación de gráficos:***

Los siguientes tres gráficos se tomaron del Informe de Vigilancia de Vacunas de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido - Semana 1 - 2022, y muestran la captación semanal acumulada de "vacunas" por edad para la dosis 1, la dosis 2 y la dosis 3 de la "vacuna" Covid-19.

Lo que podemos ver aquí es que hubo un claro aumento en las primeras dosis administradas entre los jóvenes de 18 y 19 años entre la semana 22 y la semana 27, y un claro aumento en las primeras dosis administradas entre los jóvenes de 16 y 17 años entre la semana 31 y semana 36.

Lo que podemos ver aquí es que hubo un claro aumento en las primeras dosis administradas entre los jóvenes de 18 y 19 años entre la semana 22 y la semana 27, y un claro aumento en las primeras dosis administradas entre los jóvenes de 16 y 17 años entre la semana 31 y semana 36.

También podemos ver un claro aumento en la administración de segundas dosis a jóvenes de 16 y 17 años entre las semanas 39 y 46, y entre las semanas 46 y 51.

Lo que podemos ver aquí es un claro aumento en la administración de la tercera dosis a los jóvenes de 18 y 19 años, entre la semana 49 y la 51, así como el inicio de la administración de la tercera dosis a los jóvenes de 16 y 17 años a partir de la semana 49. .

Esto es preocupante debido al hecho de que hubo picos claros en las muertes entre los hombres de 15 a 19 años en Inglaterra y Gales entre las semanas 23 y 30, las semanas 33 y 36, las semanas 39 y 46 y las semanas 48 y 51.

Por lo tanto, ***los picos en las dosis de la "vacuna" Covid-19 que se administran se correlacionan perfectamente con los picos en las muertes entre los hombres de 15 a 19 años durante 2021***, como se muestra en este gráfico.

Estoy seguro de que habrá quienes argumenten que la correlación no es igual a la causalidad, pero si va a argumentar eso, tendrá que explicar con la mayor profundidad posible ***por qué las muertes entre los adolescentes varones fueron prácticamente las mismas entre la semana 1 y la 17 en 2020 y 2021, pero luego aumentó un 53% entre la semana 18 y la 52 tras la introducción de la "vacuna" Covid-19 en este grupo de edad***.

Por otro lado, datos publicados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) en febrero del 22, confirman que ***los niños completamente "vacunados" tienen 3 veces más probabilidades de morir de Covid-19 que los niños no "vacunados", lo que sugiere que las inyecciones de Covid-19 están causando algún tipo de enfermedad mejorada asociada a la "vacuna", como como mejora dependiente de anticuerpos.***

De igual forma, la Oficina de Estadísticas Nacionales ha revelado en mayo del 22, que ***los niños tienen entre*** 82 y 303 veces ***más probabilidades de morir***

después de la "vacunación" contra la Covid-19 que los niños que no han recibido la "vacuna" contra la Covid-19.

El 16 de mayo de 2022, la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) publicó un conjunto de datos que contiene detalles sobre "muertes por estado de 'vacunación' en Inglaterra" entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de marzo de 2022. El conjunto de datos contiene varias tablas que muestran detalles como "Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de 'vacunación' para muertes relacionadas con Covid-19" y "Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de 'vacunación' para muertes no relacionadas con Covid-19".

La ONS ha optado por no incluir a los niños en las tasas de mortalidad calculadas a pesar de que los niños de hasta 5 años ahora son elegibles para la "vacunación" contra la Covid-19. También agruparon a los adultos jóvenes como un grupo que va de los 18 a los 39 años, un período de 22 años, mientras que todos los demás grupos de edad tienen un período de 10 años (40-49, 50-59, etc.). Son cosas como ésta las que te hacen creer que deben tener algo que ocultar, y resulta que definitivamente lo tienen.

Los datos de la ONS muestran que entre el 1 de enero del 21 y el 31 de marzo del 22, ***los niños "vacunados" dos veces entre 10 y 14 años tenían estadísticamente hasta*** 39 veces ***más probabilidades de morir que los niños no "vacunados", y los adolescentes "vacunados" dos veces entre 15 y 19 años tenían estadísticamente hasta*** 4 veces ***más probabilidades de morir que los adolescentes no "vacunados"***.

Pero son las cifras de triple "vacunación" las que realmente asustan cuando se trata de niños:

Los datos de la ONS muestran que, entre el 1 de enero, el 21 y el 31, el 22 de marzo, ***los niños de 10 a 14 años que recibieron las tres dosis fueron estadísticamente*** 303 veces ***más propensos a morir de Covid-19 que los niños no "vacunados" y*** 82 veces ***más propensos a morir por todas las causas que los niños no "vacunados".***

Esto sugiere ***que tres dosis de una inyección antiCovid-19 aumentan el riesgo de muerte por todas las causas para los niños en un promedio de*** 8200%***, y el riesgo de morir de Covid-19 en un promedio de*** 30 300%***. Mientras que dos dosis aumentan el riesgo de muerte por todas las causas en un promedio de*** 3900%.

Sin embargo, las cifras para los niños son incluso peores de lo que parecen. Esto se debe a que la tasa de mortalidad no "vacunada" entre los niños de 10 a 14 años incluye niños de 10 y 11 años a los que solo se les ofreció la inyección antiCovid-19 desde principios de abril de 2022, a pesar de que el Regulador de Medicamentos del Reino Unido otorgó una autorización de uso de emergencia cuestionable para que administrarse a niños pequeños a finales de diciembre de 2021. Mientras que las tasas de mortalidad "vacunadas" incluyen solo un puñado

de niños de 10 y 11 años. Sabemos esto por la noticia de que solo el 7% de los niños de 5 a 11 años habían recibido la inyección antiCovid-19 a día 14 de mayo de 2022.

En otro orden de cosas, las "vacunas" presentan ***un riesgo de muerte 7 veces mayor que la Covid para los jóvenes, advierten los expertos japoneses***. ***"Incluso si los niños, los adolescentes y las personas de 20 años están infectados, es naturalmente leve o asintomático",*** dijo ***el boletín de medicamentos japonés Med Check. "Es ridículo considerar la 'vacunación' de los escolares"***.

Una revisión en el número más reciente de Med Check, un boletín bimestral publicado por el Instituto Japonés de Farmacovigilancia (NOPJIP) como miembro de la Sociedad Internacional de Boletines de Medicamentos (ISDB), encontró que ***el riesgo de muerte por los pinchazos puede ser incluso tan hasta 40 veces mayor para los jóvenes***.

El boletín señala que la cantidad de muertes puede ser mayor que las cifras oficiales, en parte porque el gobierno japonés solo requiere informes de sospechas de lesiones por "vacunas" dentro de los 28 días posteriores a la inyección. El Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón recibió un total de 1308 informes de muertes después de la "vacunación" con Covid hasta el 15 de octubre.

El riesgo ***de muerte por "vacunación" era más de siete veces mayor en junio, y casi cinco veces mayor para el 11 de agosto, en comparación con el riesgo presentado por el coronavirus***, determinó Med Check. Durante varios años, el riesgo de muerte por la "vacunación" entre las personas de 20 años podría variar hasta 40 veces mayor que para el Covid-19.

Med Check también señaló que no hubo muertes por Covid en Japón menores de 20 años hasta septiembre de 2021. "***Si los niños en este grupo de edad son 'vacunados', puede causar la muerte***", advirtió el boletín.

Entre el 0.00 y el 0.03% de los casos de Covid en los Estados Unidos menores de 18 años han resultado en muertes, y cero ***niños sanos de entre 5 y 18 años murieron a causa del virus durante los primeros 15 meses de la pandemia en Alemania, encontró un*** estudio ***reciente***.

La tasa de supervivencia para Covid-19 se ha estimado ***en no menos del*** 99.7% ***para todos los grupos de edad menores de 60 años***.

El análisis de Med Check se hace eco de evaluaciones similares de otros expertos, como la **Dra. Jessica Rose**, una inmunóloga viral que le dijo a un panel de la FDA en septiembre que ***los peligros del pinchazo "superan cualquier beneficio potencial", citando un aumento "altamente anómalo" en los informes de lesiones por vacunas debido a las inyecciones***.

"***Podríamos terminar matando a miles de nuestros niños con estas 'vacunas' de seguridad no probadas***", advirtió también el investigador de salud y ex funcionario de Trump, el Dr. Paul Elias Alexander, en un artículo para LifeSiteNews. "No hay datos de seguridad adecuados, ni a mediano ni a largo plazo, y los padres deben ponerse de pie ahora y decir ¡NO!".

Desde hace meses se ha cuestionado el por qué se está "vacunando" a niños y adolescentes contra Covid-19 cuando no es necesario hacerlo. De manera resumida, los argumentos (todos sustentados con evidencia científica) son: ***1) su riesgo de enfermar gravemente es mínimo debido a diferencias en las respuestas inmunes que presentan ante la infección, en comparación con las respuestas que generan los adultos, 2) su riesgo de morir si se enferman gravemente es aún más pequeño que el de enfermar (la tasa de superviviencia de Covid-19 en niños menores de 18 años es mayor de 99.9998%, 3) cuentan con inmunidad cruzada generada por la exposición a otros coronavirus humanos (recuerden que hay cuatro coronavirus humanos que circulan comúnmente en la población), 4) el riesgo que representan las "vacunas" es mayor que el beneficio que podrían tener con ellas, ya que simplemente no la necesitan y ya se cuenta con evidencia de que el daño que pueden llegar a ocasionar las "vacunas" vectorizadas (Astrazeneca, Janssen, CanSino), y las basadas en ARNm (Pfizer/BioNTech, Moderna) en este grupo de edad no es ignorable y excede la frecuencia esperada en la población de forma que el riesgo de un efecto adverso*** cardíaco ***sea de 3.7 a 6-1 veces mayor que el riesgo de ser hospitalizado por Covid-19***. Para mayor información puede ver el seminario que impartió la Dra. Karina Acevedo el 29 de septiembre.

Profundizando un poco mas, una investigación de los datos encontrados en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) de los Estados Unidos ***ha revelado que se han reportado varias veces un número extremadamente alto de reacciones adversas, hospitalizaciones, eventos potencialmente mortales, discapacidades permanentes y muertes entre niños contra números de lote específicos de las "vacunas" Covid-19***.

Lo que significa que ahora se han identificado los lotes más peligrosos y mortales de las inyecciones experimentales que se administran a los niños, y al comparar con las reacciones adversas entre los niños a las "vacunas" contra la gripe durante varios años, ***podemos ver que las inyecciones de Covid-19 están demostrando ser extremadamente peligrosas para los niños***.

Los datos utilizados en la investigación se extrajeron de la base de datos VAERS de acceso público que se puede ver aquí. El Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) es un programa de los Estados Unidos para la seguridad de las vacunas, coadministrado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

El programa recopila información a través de informes realizados por médicos, enfermeras y pacientes sobre eventos adversos (posibles efectos secundarios

dañinos) que ocurren después de la administración de vacunas para determinar si la relación riesgo-beneficio es lo suficientemente alta como para justificar el uso continuo de cualquier vacuna en particular.

Los informes extraídos de la base de datos eran los que se habían presentado hasta el 5 de noviembre de 2021 e incluían todas las reacciones adversas reportadas contra las inyecciones de Pfizer Covid-19 entre niños de 6 a 17 años.

Primero se creó un conjunto de datos de control utilizando todas las reacciones adversas notificadas contra todas las vacunas contra la influenza administradas a todos los niños de 6 a 17 años durante 2019 y 2020, un período de dos años.

Podemos estar seguros de que se administraron muchas más inyecciones de influenza a niños durante este período de tiempo, que las inyecciones de Covid-19 administradas a niños durante 2021, debido a la confirmación en datos oficiales publicados por los Centros para enfermedades contol (CDC).

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) otorgó una autorización de uso de emergencia para la inyección de Pfizer Covid-19 que se administrará a niños mayores de 12 años el 10 de mayo de 2021.

Los resultados de la investigación, mostraron que durante un período de 6 meses hubo:

- **8 veces más reacciones adversas**
- **18 veces más visitas a la sala de emergencias**
- **30 veces más hospitalizaciones**
- **24 veces más eventos que amenazan la vida**
- **7 veces más discapacidades permanentes**
- **15 veces más muertes debido a la "vacuna" de Pfizer que lo que se ha registrado entre los niños contra las vacunas contra la influenza durante un período de dos años.**

El CDC recientemente ha reportado que se ***han* registrado *tasas de casos más altas de Covid-19 entre los niños completamente "vacunados" que los no "vacunados" en el grupo de edad de 5 a 11 años desde febrero de 2022***.

Esa es la primera vez que los CDC registran una tasa de casos más alta entre los niños pequeños completamente "vacunados" desde que se recopilaron datos por primera vez en diciembre de 2021. Además, ***la Oficina de Estadísticas Nacionales* reveló *que los niños tienen hasta 52 veces más probabilidades de morir después de la inyección antiCovid-19 que los niños que no la han recibido***.

De igual forma, en un informe independiente del Departamento de Salud y Asistencia Social: Declaración del JCVI sobre la "vacunación" Covid-19 de niños y jóvenes de 12 a 17 años a 15 de julio de 2021, publicado el 19 de julio:

"Con respecto a un programa de "vacunación" contra Covid-19 para niños y jóvenes, la principal consideración del JCVI sigue siendo los beneficios potenciales de la "vacunación" en términos de reducción de hospitalizaciones y muertes en la población. Dado que es probable que la interrupción de la educación tenga impactos de mediano a largo plazo en la salud pública, el JCVI también ha considerado el potencial de la "vacunación" para prevenir brotes en las instalaciones educativas. Estos posibles beneficios se han considerado frente a los posibles riesgos de la "vacunación".

Existe buena evidencia de que la "vacuna" es relativamente reactogénica en este grupo de edad, siendo comunes los efectos secundarios de corta duración, incluida la fiebre. ***Hay informes emergentes del Reino Unido y otros países de eventos adversos raros pero graves, que incluyen miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación de la membrana alrededor del corazón), tras del uso de las "vacunas" ARNm de Pfizer-BioNTech y Moderna en adultos más jóvenes***.

Los datos sobre la incidencia de estos eventos en niños y jóvenes son actualmente limitados, y ***los efectos sobre la salud a largo plazo de los eventos de miocarditis informados aún no se comprenden bien***.

Cualquier decisión sobre el despliegue de vacunas debe tomarse sobre la base de que los beneficios de la vacunación superan los riesgos para las personas vacunadas. Se debe proporcionar información clara sobre los posibles riesgos y beneficios de la "vacunación" al niño y a las personas con responsabilidad parental antes de la vacunación.

El JCVI no recomienda actualmente la vacunación universal de rutina de niños y jóvenes menores de 18 años.Los beneficios para la salud en esta población son pequeños y los beneficios para la población en general son muy inciertos. En este momento, el JCVI opina que los beneficios para la salud de la "vacunación" universal en niños y jóvenes menores de 18 años no superan los riesgos potenciales.

La evidencia indica claramente que casi todos los niños y jóvenes tienen un riesgo muy bajo de contraer Covid-19. Cuando se observan síntomas en niños y jóvenes, generalmente son leves y poco diferentes de otras infecciones virales respiratorias leves que circulan cada año. La ***incidencia de resultados graves por Covid-19 en niños y jóvenes es extremadamente baja***. La mayoría de los hospitalizados tenían graves problemas de salud subyacentes.

En el Reino Unido, en 2021, ***se produjo un aumento del*** 54% ***en las muertes de niños varones en comparación con el mismo período en 2020. Los niños tenían*** un 69% ***más de probabilidades de ser hospitalizados con Covid-19 si estaban completamente "vacunados***" según un informe de la

Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido. Chris Whitty; el CMO de Inglaterra, anuló el Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) el 13 de septiembre de 2021 y escribió una carta al gobierno del Reino Unido aconsejándoles que ofrecieran la inyección de Pfizer Covid-19 a todos los niños mayores de 12 años con efecto inmediato.

La decisión fue muy controvertida debido a las siguientes razones:

- El 86% de los niños sufrió una reacción adversa a la "vacuna" Pfizer Covid-19 en el ensayo clínico.
- 1 de cada 9 niños sufrió una reacción adversa grave que los dejó sin poder realizar sus actividades diarias en el ensayo clínico de Pfizer.
- Solo han ocurrido 9 muertes asociadas con Covid-19 en niños desde marzo de 2020 hasta el 25 de agosto de 2021.
- El riesgo de que los niños desarrollen enfermedades graves debido a Covid-19 es extremadamente bajo.
- La "vacuna" Pfizer Covid-19 es experimental y aún se encuentra en ensayos clínicos.
- Tres estudios científicos realizados por el gobierno del Reino Unido, la Universidad de Oxford y los CDC, que se publicaron en agosto, encontraron que las "vacunas" Covid-19 no funcionan.
- Los datos de Public Health England muestran que la mayoría de las muertes por Covid-19 se encuentran entre los "vacunados" y sugieren que las vacunas empeoran la enfermedad.
- Ha habido al menos 1.2 millones de reacciones adversas a las "vacunas" Covid-19 solo en el Reino Unido.
- Ha habido más muertes en 10 meses debido a las "vacunas" Covid-19 que debido a todas las demás "vacunas" disponibles desde el año 2001.
- El riesgo de que los niños desarrollen miocarditis (inflamación del corazón) debido a la "vacuna" Pfizer.
- Los niños han muerto y están muriendo debido a las "vacunas" Covid-19 en los EE. UU.
- El Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización se negó a recomendar que se ofreciera la "vacuna" Pfizer a los niños.

El Children's Covid Vaccine Advisory Group ("CVAG") escribió al JCVI del Reino Unido, Chris Whitty y Sajid Javid para instar ***a una pausa inmediata en el despliegue de la inyección antiCovid para niños***. CVAG comprende más de

80 médicos, profesores y científicos, incluidos profesores líderes en medicina, vacunas y riesgos, así como pediatras y médicos generales.

Esta es la segunda carta que el JCVI ha recibido en otros tantos días instando a que se detenga el despliegue de la inyección de Covid para niños. Antes, un grupo separado de 30 parlamentarios, médicos y científicos, escribieron: "Nos parece realmente notable que, dadas las preocupaciones previas de JCVI, ***no se hayan realizado estudios formales durante el despliegue en estos grupos de edad con un beneficio limitado reconocido y brechas de conocimiento significativas con respecto a la seguridad***. Pausar el actual programa de "vacunación" en niños daría tiempo para emprender la investigación necesaria que resolvería las dificultades que afectan a la toma de decisiones actual".

"Le escribimos a usted y también a la MHRA el mes pasado con respecto a la investigación urgente del aumento reconocido en la mortalidad por todas las causas en hombres de 15 a 19 años desde que comenzó el lanzamiento de la vacuna Pfizer Covid en este grupo de edad en mayo de 2021", comenzó la carta de CVAG.

"LA ONS ha reconocido en el Tribunal Superior de Londres que la cifra de 402 muertes en exceso es significativamente mayor que el promedio anterior de 5 años de 337* muertes. De hecho, declararon que probablemente sea una subestimación debido a los retrasos en los casos de los forenses. Esto equivale a que al menos un adolescente adicional muere cada semana. Por lo tanto, es muy decepcionante no haber recibido ninguna respuesta".

[*Nota: La cifra promedio de 337 en 5 años citada en la carta ha sido identificada como incorrecta. De hecho, el promedio de 5 años es de 304 muertes masculinas por año, lo que indica un exceso de 96 muertes, lo que equivale a 2-3 muertes en exceso por semana, en comparación con la 1 por semana indicada en la carta. También tenga en cuenta que debido a los retrasos previstos en el registro, esta cifra podría ser de alrededor de 4.5 muertes en exceso por semana en los niños de esta cohorte de edad (Anna Brees Media).

Con respecto a los beneficios de la "vacunación" CVAG señaló:

- El análisis oficial no tuvo debidamente en cuenta ***la inmunidad adquirida naturalmente, ahora demostrada y ampliamente aceptada como superior a la inmunidad adquirida por la "vacuna"***.
- Se estima que al menos el 80% de los niños es inmune.
- La eficacia de Pfizer contra Ómicron se reduce hasta el punto de que ***las tasas de infección son ahora más altas en los "vacunados" que en los no "vacunados", creando un mayor riesgo para los contactos de los "vacunados"***.

Con respecto a los riesgos de la "vacunación", CVAG señaló:

- Se dispone de más información sobre la miocarditis, ***con una tasa de ocurrencia de 1/2680 hombres jóvenes en Hong Kong, que detuvieron su segunda dosis***, justo cuando el Reino Unido pasó de una a dos dosis.

- Los datos de los Estados Unidos también confirman ***altas tasas de miocarditis de 1/9443 en hombres de 16 a 17 años después de su segunda dosis***.

- ***Información preocupante sobre la mortalidad por todas las causas por estado de "vacunación", que incluso desde el ensayo original de Pfizer en adultos mostró una mayor mortalidad para el grupo "vacunado"***.

- ***Los efectos secundarios son mayores cuando se "vacunan" a los que ya son inmunes***.

- ***Los eventos adversos no mortales, en particular los neurológicos, tienen el potencial de arruinar la vida de los niños afectados***.

- ***Creciente evidencia de deterioro de la función inmune, particularmente después de múltiples dosis de "vacuna": Israel ahora está viendo enfermedades graves y muertes después de la cuarta dosis de la "vacuna"***.

- También hay nuevos datos de biodistribución que muestran que ***el ARNm y la proteína espiga***, lejos de eliminarse en unos pocos días, ***todavía persisten durante 60 días o más***. A pesar de la experiencia previa con el ARNm que degenera rápidamente, los hallazgos indican que el ARNm de "las vacunas Pfizer/BioNTech y Moderna, ***puede*** persistir ***en los ganglios linfáticos durante al menos*** 60 días ***después de la inyección***".

- ***No tenemos conocimiento de las implicaciones a largo plazo de "vacunar" a los niños contra lo que ahora se reconoce como una enfermedad muy leve para ellos***.

"Ampliar la cobertura a 5-11 es aún más ridícula. Deberíamos, al igual que Noruega y Suecia, ***dejar claro que la 'vacunación' para este grupo de edad simplemente*** no es necesaria".

En el estudio, se examinan cuestiones relacionadas con las "vacunas" de Covid-19 para niños. La mayor parte de las muertes per cápita atribuidas a Covid-19 oficiales ocurren en ancianos con comorbilidades altas, y las muertes per cápita atribuidas a Covid-19 son insignificantes en los niños. La mayor parte de las muertes posteriores a la inoculación normalizadas también se producen en los ancianos con comorbilidades elevadas, mientras que las muertes posteriores a la inoculación normalizadas son no despreciables, en los niños. Los ensayos clínicos para estas inoculaciones fueron a muy corto plazo (unos pocos meses), tuvieron muestras no representativas de la población total y, para adolescentes / niños, tuvieron un poder predictivo deficiente debido a su pequeño tamaño. Además, los

ensayos clínicos no abordaron los cambios en los biomarcadores que podrían servir como indicadores de alerta temprana de una predisposición elevada a enfermedades graves. Lo más importante es que los ensayos clínicos no abordaron los efectos a largo plazo que, de ser graves, serían soportados por niños/adolescentes durante décadas. ***Un análisis de costo-beneficio en el mejor de los casos mostró de manera muy conservadora que hay cinco veces el número de muertes atribuibles a cada inoculación en comparación con las atribuibles a Covid-19 en el grupo demográfico más vulnerable de 65 años o más. El riesgo de muerte por Covid-19 disminuye drásticamente a medida que disminuye la edad, y los efectos a más largo plazo de las inoculaciones en los grupos de menor edad aumentarán su relación riesgo-beneficio, quizás sustancialmente***.

De igual forma, el artículo evaluó un balance beneficio/riesgo basado en datos de farmacovigilancia de EE. UU. Si bien el único riesgo incluido en el estudio es el de miocarditis y pericarditis, las "vacunas" de ARNm tienen muchos otros efectos adversos.

Al equilibrar la mio/pericarditis posterior a la "vacunación" y la hospitalización debido a Covid-19 durante el período epidémico de la supuesta variante Delta, ***el análisis de riesgo-beneficio*** sugiere ***que en niños de 12 a 17 años, el balance de beneficio/riesgo de un calendario de "vacunación" completo es positivo SOLAMENTE en niñas NO INMUNIZADAS por una infección natural*** presentando ***una COMORBILIDAD***.

En niños con infección previa y sin comorbilidades, incluso una sola dosis de "vacuna" de ARNm conllevaría ***más riesgos que beneficios según estimaciones internacionales***.

Por tanto, ***la "vacunación" Covid con "vacunas" de ARN mensajero presenta*** más riesgos que beneficios ***en adolescentes sanos, la mayoría de los cuales ya son inmunes a Covid-19 después de una infección natural que les*** confiere ***una inmunidad protectora y duradera a diferencia de la que, teóricamente, puede proporcionar la "vacunación" de ARN mensajero***.

Considerando todo lo expuesto y citando preocupaciones sobre los efectos secundarios de la "vacuna", así como el hecho de que el riesgo de muerte y hospitalización por Covid para los niños es muy raro, el gobierno noruego declaró que ***no recomendaba "vacunas" Covid para niños***. Siguió el consejo de su Instituto de Salud Pública, quien declaró que no recomendaba que todos los niños menores de 15 años fueran "vacunados". Adoptaron este enfoque porque ***había poco beneficio individual para la mayoría de los niños***, según el Ministro de Salud y Servicios de Atención, Ingvild Kjerkol.

"***Los niños y adolescentes tienen un*** riesgo muy bajo ***de enfermarse gravemente de Covid-19***. ***La enfermedad rara vez provoca que los niños sean admitidos en el hospital***, y el período promedio de hospitalización es de un 1 día. El Instituto Noruego de Salud Pública tiene motivos para creer que la

eficacia de la vacuna contra la enfermedad sintomática con la variante Ómicron se reduce considerablemente, en comparación con las variantes anteriores del virus".

Las autoridades noruegas también explicaron que, según un importante periódico danés, ***los niños pueden estar mejor protegidos contra futuras supuestas variantes del coronavirus si se infectan de forma natural en lugar de "vacunarse"***. Esto también se correlaciona con la ciencia y es una evaluación basada en evidencia.

De igual forma, el gobierno sueco se ha negado a recomendar la administración de "vacunas" contra el Covid-19 en niños menores de 12 años.

La Agencia de Salud Pública de Suecia, en un comunicado de prensa, dijo que ***el beneficio médico para un niño de 5 a 11 años que recibe una "vacuna" contra la Covid-19 es "actualmente pequeño"***. "Por lo tanto, la autoridad para el período de primavera de 2022 ***no recomienda una 'vacunación' general de niños menores de 12 años en Suecia***".

La agencia dijo además que ***no se espera que las "vacunas" generales*** significativamente ***contra la Covid-19 para niños de 5 años en adelante "tengan un efecto importante en la propagación" del virus en Suecia***.

"Al igual que antes durante la pandemia, ***los niños tienen un riesgo menor de desarrollar la enfermedad grave de Covid-19 en comparación con los adultos***", dijo la agencia. "En general, cuanto más pequeño es el niño, menor es el riesgo".

"Con el conocimiento que tenemos hoy, ***con un bajo riesgo de enfermedades graves para los niños, no vemos ningún beneficio claro en vacunarlos***", dijo el jueves la funcionaria de la Agencia de Salud, Britta Bjorkholm, en una conferencia de prensa.

Problemas cardiacos en jóvenes

"Los datos de la 'vida real' avalan la 'vacuna' para niños". Éste es uno de los mantras principales que repiten los defensores del discurso oficial, como si fuera un mandato divino que obligatoriamente tenemos que aceptar. Pues bien, ya hemos demostrado científicamente que ese mantra es erróneo y ahora vamos a volver a hacerlo, demostrando la peligrosidad de algo muy específico que incluso han reconocido los organismos e instituciones que deriva de las inoculaciones de los sueros en niños y adolescentes: los problemas cardiacos.

Para empezar, veamos qué tiene que decir Pfizer a este respecto:

El 1 de abril de 2022, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) publicó un lote de 11 000 documentos de Pfizer. Entre esos documentos, hay un formulario de consentimiento pediátrico que enumera varios efectos secundarios posibles, incluida ***una tasa de*** miocarditis ***de 10 en 100***

000, mucho mayor que la tasa de 1 en 50 000 (es decir, 2 en 100 000) informada. Lo cual, ***demuestra claramente que Pfizer ha mentido***.

Ahora vamos a comparar la tasa de antecedentes de miocarditis en jóvenes, antes y después de la existencia de los sueros para ver si esos problemas son tan raros como dicen algunos:

Según un estudio publicado en la revista Journal of the American Medical Association, ***tras la administración de las "vacunas" de Pfizer o Moderna, el riesgo de miocarditis aumenta significativamente en muchos grupos de edad y es mayor tras la segunda dosis en los jóvenes***.

El estudio revisa las notificaciones de miocarditis al Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas de Estados Unidos (VAERS) que se produjeron después de la "vacunación" entre diciembre de 2020 y agosto de 2021 en personas mayores de 12 años.

Los investigadores comparan las tasas con las tasas esperadas de miocarditis utilizando datos de 2017-2019. En el caso de los menores de 30 años, realizaron revisiones de las historias clínicas y entrevistas con los médicos para investigar la presentación clínica, los resultados de las pruebas, el tratamiento y los primeros resultados.

Los autores señalan que es probable que se produzca una subestimación de las cifras, "dada la alta tasa de verificación de informes de miocarditis a Vaers tras la "vacunación" antiCovid-19 basada en ARNm" y, por lo tanto, "***es probable que las tasas reales de miocarditis por millón de dosis de 'vacuna' sean más altas que las estimadas***".

Las miocarditis registradas son más elevadas ***después de la segunda dosis de la "vacuna" en los varones de 12 a 15 años***, con una tasa de 70.7 por millón de dosis de Pfizer, en comparación con una tasa esperada de 0.53 por millón, lo que supone ***un aumento de 133 veces***; ***en los varones de 16 a 17 años***, con 105.9 por millón de dosis de Pfizer, frente a una tasa esperada de 1.34 por millón, un ***aumento de 79 veces***; y en los ***hombres jóvenes de 18 a 24 años***, 52.4 por millón de dosis de Pfizer y 56.3 por millón de dosis de Moderna, frente a una tasa esperada de 1.76 por millón, ***un aumento de 30 y 32 veces respectivamente***.

Durante el periodo de estudio, se produjeron 1991 informes de miocarditis a Vaers, de los cuales 1626 cumplían su definición de miocarditis. De estos 1626 casos, la edad media era de 21 años y ***el tiempo medio de aparición de los síntomas era de dos días***. ***Los hombres representaron el 82% de los casos de miocarditis*** de ***los que se informó el género, y cuando se especificó el momento de inicio de los síntomas, el 82% de los casos se produjeron después de la segunda dosis de "vacunación"***.

Los datos de VAERS, también plantean ***dudas sobre el riesgo de miocarditis potencialmente letal, especialmente en los niños***. La

diapositiva se presentó durante una reunión del 23 de junio de 2021 convocada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, para analizar el riesgo de miopericarditis.

Como se puede ver, ***las tasas observadas de miocarditis y/o pericarditis para varios grupos de edad, y especialmente entre los hombres, son*** significativamente ***más altas que la tasa de fondo esperada***.

Ésta es una señal de seguridad ***fuerte y clara***, sin embargo, el ACIP procedió a recomendar la inyección a los preadolescentes y adolescentes de todos modos, y en una declaración pública insistió en que la miopericarditis es "un efecto secundario extremadamente raro" que "solo un número extremadamente pequeño de personas la sufrirá después de la 'vacunación'".

Según estos datos de VAERS, la tasa ***de miocarditis es de aproximadamente 6.5 por cada 100 000 dosis en jóvenes de 12 a 17 años***. Según Jamie Jenkins se requieren 4 millones de dosis para evitar que un solo niño, de 5 a 11 años, sea ingresado en la UCI por Covid. Suponiendo que la tasa de miocarditis en niños de 5 a 11 años sea idéntica a la de niños de 12 a 17 años, ***potencialmente podríamos estar viendo*** 260 casos ***de miocarditis por cada ingreso en la UCI por Covid que prevenimos***.

Vamos a ampliar un poco más el periodo de tiempo de los antecedentes antes de aparecer los sueros experimentales y el rango de edades y hacemos de nuevo la comparación:

Si a principios del 22, buscamos en VAERS todos los tipos de miocarditis y pericarditis, en lugar de seleccionar solo dos tipos de "carditis" e incluimos todas las formas de "carditis" para enfermedades cardíacas, encontramos 3912 casos.

Usando exactamente la misma búsqueda para todos los casos de "carditis", encontramos que antes de diciembre de 2020, cuando se emitieron las EUA para las "vacunas" experimentales de Covid-19, hubo un total de 725 casos de enfermedad cardíaca después de todas las vacunas aprobadas por la FDA en los 31 años anteriores para jóvenes menores de 30 años.

- 23 casos de enfermedad cardíaca por año para menores de 30 años después de todas las "vacunas" aprobadas por la FDA.

- 3611 casos de enfermedad cardíaca por año para menores de 30 años después de las "vacunas" EUA Covid-19.

Eso es ***un*** aumento ***del 15 700 % o 157 veces, de enfermedades cardíacas después de las "vacunas" EUA Covid-19 en comparación con las vacunas aprobadas por la FDA durante los 31 años anteriores***. (Nota: ahora tenemos 13 meses de datos sobre las "vacunas" contra el Covid-19, por lo que dividimos el número total por 13 y luego lo multiplicamos por 12 para obtener el número anual de lesiones y muertes por la "vacuna" contra la Covid-19).

Si hacemos la misma búsqueda en VAERS en junio del 22, obtenemos con el término "carditis" 23 755 casos (1) (2) (3), de los cuales 4828 se produjeron en menores de 30 años (1) (2) en 17 meses. Esto nos da, 3408 casos de enfermedad cardiaca por año después de las "vacunas" EUA Covid-19 y esto a su vez implica ***un aumento de 148 veces o 14 800%.***

Como podemos observar, la tendencia se mantiene a lo largo del tiempo, constituyendo una innegable e importante señal de alarma.

Profundizando en lo anterior, otro detalle importante que nos puede proporcionar mucha información, es el riesgo de hospitalización:

El riesgo de ser hospitalizado con inflamación del corazón es hasta 44 veces mayor ***después de la "vacunación" contra la Covid***, según descubrió un estudio en Nature.

El estudio, que examinó el estado de "vacunación" de los 1612 casos hospitalarios de miocarditis y 1613 casos hospitalarios de pericarditis en Francia entre el 12 de mayo y el 31 de octubre de 2021, encontró que ***el riesgo de ser hospitalizado con miocarditis era*** 8.1 veces ***mayor en la semana posterior a una prueba de Pfizer, particularmente después de la segunda dosis*** (intervalo de confianza [IC] del 95%, 6.7 a 9.9) ***y*** 30 veces ***mayor después de una segunda dosis de Moderna*** (IC, 21 a 43).

Cuando los hallazgos se desglosan por edad, se encuentran ***riesgos elevados en adultos más jóvenes***. En la semana posterior a una segunda dosis de Moderna, ***el riesgo para los hombres de 18 a 24 años fue*** 44 veces mayor (IC, 22–88) ***y para las mujeres fue*** 41 veces mayor (IC, 12–140). ***El riesgo después de una segunda dosis de Pfizer fue*** 18 veces mayor ***en hombres de 12 a 17 años*** (IC, 9-35), ***mientras que el riesgo de la "vacuna" Moderna de dosis más alta, fue constante independientemente de la edad***.

La tasa de hospitalización por miocarditis después de la "vacunación" fue una cada 5900 ***segundas dosis de Moderna*** (IC, 4400-8000) y una cada 21 100 ***segundas dosis de Pfizer*** (IC, 17 400-26 000) ***entre hombres de 18 a 24 años***. ***Entre las mujeres de 18 a 24 años, la tasa fue*** una cada 18 700 ***segundas dosis de Moderna*** (IC, 11 000-33 400).

Los investigadores explican por qué ***su evidencia es*** fuertemente indicativa ***de una relación causal entre las "vacunas" y la inflamación del corazón***:

- "Las asociaciones se mantuvieron sólidas, incluso después de ajustar un historial de estas afecciones o una infección reciente por SARS-CoV-2, y en un período durante el cual los virus respiratorios más comunes no circulaban ampliamente".
- "***El tiempo que transcurrió entre la exposición a la 'vacuna' y la hospitalización fue muy corto para ambas condiciones, particularmente después de la segunda dosis***".

- "En la mayoría de los casos, las asociaciones no persistieron después de siete días después de la exposición".

- "El mayor riesgo asociado con la segunda dosis y la 'vacuna' mRNA-1273 [Moderna], que contiene una mayor cantidad de mRNA, ***sugiere una relación de respuesta a la dosis***".

Teniendo en cuenta el corto tiempo de seguimiento del estudio, los autores recomiendan que los estudios futuros se basen en un período de observación más prolongado y, por lo tanto, investiguen ***el riesgo relacionado con las dosis de "refuerzo" de las "vacunas" y cualquier*** consecuencia ***a largo plazo de la inflamación del corazón***.

Dado que ***los adultos jóvenes sanos tienen un*** bajo riesgo ***de desarrollar un Covid grave y la inflamación del corazón es solo uno de los*** muchos ***efectos adversos de las "vacunas" contra la Covid***, ¿no es hora de que se retiren estas "vacunas" para todo el mundo y muy especialmente para las personas más jóvenes?

Ahora vamos a ver qué más nos dicen la bibliografía científica, el análisis de datos y las informaciones que llegan de otros países sobre lo que está sucediendo en relación a los problemas cardiacos en jóvenes, y que nos permitirá sacar nuestras propias conclusiones:

La inflamación del corazón, también conocida como miocarditis o pericarditis, puede ser grave y potencialmente mortal y se ha relacionado ***repetidamente con las "vacunas" contra la Covid en hombres jóvenes***. Investigadores británicos descubrieron que el riesgo de miocarditis en hombres menores de 40 años era varias veces mayor que el valor inicial después de la "vacunación" con Pfizer o Moderna y que ***la miocarditis relacionada con la "vacuna" puede ser más mortal que otras formas de la afección***.

Los adolescentes están particularmente en riesgo, según estudios recientes. Un estudio de noviembre de Hong Kong estimó ***que uno de cada 2680 niños entre 12 y 17 años desarrollará inflamación cardíaca dentro de las dos semanas posteriores a una segunda inyección de Pfizer***.

Un artículo de investigadores israelíes del mes siguiente ***puso el riesgo en uno en 6600 para hombres jóvenes de 16 a 19 años "vacunados" con Pfizer***. ***El estudio israelí informó una tasa de hospitalización del 81% entre los casos de inflamación del corazón y una tasa de mortalidad de casi el 1%. Incluso los pacientes con casos aparentemente leves pueden experimentar problemas a largo plazo, como un mayor riesgo de ataques cardíacos más adelante en la vida, como ha dicho un profesor canadiense de medicina, el*** Dr. Steven Pelech, quien además ha afirmado: "***Al contrario de lo que han dicho varias personas, no existe la 'miocarditis leve***'".

Pelech anotó que ***cuando las células del corazón mueren a causa de la miocarditis, "no se reemplazan en su cuerpo y, en cambio, se reemplazan por tejido cicatricial, que es de fibroblastos"***.

Las células musculares restantes tienen que agrandarse un poco para compensar. ***Cada vez que obtiene una respuesta inflamatoria, pierde más de esa contractilidad y tiene una mayor probabilidad de sufrir un ataque al corazón y otros problemas más adelante en la vida***.

Algunos tratan de justificar la inoculación infantil con estos sueros experimentales, aduciendo que el supuesto virus también puede causar miocarditis y por tanto, equiparándolas. Esta afirmación, también es falsa; la miocarditis inducida por la "vacuna" ***es mucho más grave*** que la miocarditis inducida por la Covid porque ***las nanopartículas lipídicas de la "vacuna" van directamente al corazón, lo que provoca cambios drásticos en el electrocardiograma, dolor torácico e insuficiencia cardíaca temprana***. Así lo ha dicho el Dr. Peter McCullough, cardiólogo de renombre mundial.

Otro cardiólogo de renombre, Biykem Bozkurt, MD, PhD, que ha investigado exhaustivamente la asociación entre los productos biológicos mRNA Covid y la miocarditis, cree que un estudio de miocarditis de los CDC confirma estudios similares anteriores realizados por la agencia federal de salud y otros con respecto al ***mayor riesgo de enfermedad cardíaca en varones adolescentes niños y jóvenes después de la segunda dosis de las inyecciones***.

El estudio de los CDC también refuerza los datos del estudio israelí sobre el aumento de la tasa de miocarditis en varones adolescentes de 12 a 15 años después de recibir el producto biológico BNT162b2 de Pfizer/BioNTech. El estudio israelí, basado en datos del Ministerio de Salud de Israel, encontró que ***la miocarditis se produjo en uno de los 12 361 niños dentro de una semana después de recibir la segunda dosis de la "vacuna***".

Al analizar varios cientos de casos confirmados de miocarditis y pericarditis en jóvenes receptores de la "vacuna" Covid (<29 años), un científico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ("Centers for Disease Control and Prevention", CDC por sus siglas en inglés) informó en junio de 2021 que ***el 96% de los jóvenes con lesiones cardíacas habían sido hospitalizados***.

El problema de las miocarditis es que ***el espacio que ocupaban las células cardíacas que ahora están*** muertas ***es reemplazado por tejido fibrótico***. No hace falta ser cardiólogo para comprender lo obvio: ***si la función del corazón depende de su*** habilidad ***para contraerse y bombear la sangre con la fuerza requerida, y si esta habilidad depende a su vez de la*** integridad ***de las fibras musculares que lo componen, entonces el reemplazar células musculares con tejido fibroso no es idóneo***. Puede que esa miocarditis no se manifieste clínicamente, pero ***cuando*** incrementa ***el gasto cardíaco*** (es decir, el volumen de sangre que es bombeado a partir de un ventrículo por minuto; como ocurre durante un ejercicio aeróbico demandante (digamos, fútbol, ciclismo,

básquetbol, atletismo o... tenis), entonces ***no puede el corazón, que ahora tiene zonas de fibrosis, cumplir con la demanda de oxígeno del cuerpo***.

Lo que no se sabía, hasta hace poco al ser publicado este estudio, es que ***el daño cardíaco inducido por la "vacuna" sigue presente más de cuatro meses después de haber recibido la "vacuna" en adolescentes y hombres jóvenes***.

Investigadores del Seattle Children's Hospital revisaron casos de pacientes menores de 18 años que acudieron al hospital con ***dolor en el pecho y niveles elevados de troponina sérica, dos marcadores clave de inflamación cardíaca, dentro de una semana de recibir una segunda dosis de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer***. En el artículo de Schauer y colaboradores reportan series de casos sobre la evolución de la resonancia magnética cardíaca en comparación con la etapa inicial del padecimiento en hombres jóvenes que tuvieron miocarditis y miopericarditis posterior a la "vacuna" Covid-19.

Las imágenes de seguimiento también revelaron una tensión longitudinal global anormal, una medida de la función cardíaca, en tres cuartas partes de los pacientes, con pocos cambios con respecto a los exámenes iniciales, así como medidas "significativamente mayores" del bombeo de sangre y no se detectaron problemas de movimiento de la pared regional, otra anomalía.

Si bien 35 pacientes cumplieron con los criterios, 19 fueron excluidos por varias razones, incluidos los que recibieron atención en otro estado después de la visita inicial. ***Las imágenes cardíacas de los 16 pacientes restantes, realizadas de tres a ocho meses después de que fueron examinados por primera vez, mostraron que 11 tenían un realce tardío persistente de gadolinio, una anomalía cardíaca***, aunque en niveles más bajos que meses antes. Aunque es un estudio con relativamente pocos pacientes (hombres de 12 a 17 años de edad que habían tenido miocarditis/miopericarditis de 3 a 8 días posteriores a la recepción de la "vacuna" de ARNm), encontraron que ***el 68% de los adolescentes "vacunados" seguía teniendo anomalías radiológicas (%LGE, que es un indicador importante de daño cardíaco y fibrosis, además de indicar mal pronóstico del cuadro), además de acortamiento de las fibras musculares (%GLS)***.

Los autores reconocen las limitaciones de su estudio, e indican que repetirán el estudio en personas "vacunadas" un año después de haber recibido la "vacuna" para comprender la relevancia de estos hallazgos. Indican también que el Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos ha indicado que aunque el riesgo absoluto de miopericarditis a consecuencia de la "vacuna" de ARNm es pequeño, el riesgo relativo es más alto para hombres de 12 a 39 años de edad, lo que ha llevado a proponer cambios en los tiempos entre dosis (recuerden que cuando se comenzaron a aplicar estas "vacunas", los médicos y las autoridades hablaban de ellas como si se supiera todo lo que había que saber. Por eso eran frecuentes los comentarios al estilo de "no importa si te ponen un tipo de vacuna y la siguiente dosis es de otra", o lo que es lo mismo

"vivan los cocteles" y "no importa si ya te aplicaron tal 'vacuna' y quieres otra porque con la que te pusieron no te dejan viajar, mejor estar más protegido". Sin embargo, resulta que no era así; ni siquiera tenían información sobre el riesgo que representaba el esquema de las dosis).

Los autores cierran el artículo diciendo que se requieren más estudios, sobre todo estudios que junten datos de diferentes centros médicos, para poder determinar la relevancia de estas anomalías persistentes, pero, en palabras del Dr. Peter McCullough, médico internista, cardiólogo y epidemiólgo: "***este*** estudio ***confirma los peores miedos de los cardiólogos para adolescentes y jóvenes***".

Para aquellos que deseen revisar una evaluación detallada de este estudio por parte de un experto médico, pueden ver este vídeo:

El Dr. Anish Koka, un cardiólogo que no participó en el estudio, dijo que sugiere que ***entre el 60 y el 70% de los adolescentes que contraen miocarditis por una "vacuna" contra la Covid-19 pueden quedar con una*** cicatriz en el corazón.

"Sin duda, los niños que tuvieron un dolor en el pecho lo suficientemente grave como para merecer la búsqueda de atención médica deben, al menos, asegurarse de obtener una resonancia magnética de seguimiento", dijo a The Epoch Times a través de un mensaje en Twitter, y agregó que los resultados "***deberían tener*** implicaciones claras ***para el debate en torno a las 'vacunas', especialmente para los adolescentes masculinos de alto riesgo y definitivamente para los mandatos de las 'vacunas'***'".

Vamos a verlo desde otro punto de vista. Los estudios anteriores sobre los costes de hospitalización por miocarditis y pericarditis han revelado lo siguiente:

En 2016, la mediana del coste ***ajustado a la inflación de una sola hospitalización pediátrica por miocarditis aguda (mediana de la estancia hospitalaria = 6.1 días) era de más de*** 27 000 ***dólares***, lo que ya representaba un aumento "significativo" con respecto a los costes de 2007 y probablemente sea mucho mayor en la actualidad. ***Uno de cada cinco niños hospitalizados con miocarditis tiene una*** arritmia. Un estudio pediátrico publicado en 2020 informó de que el coste medio de la hospitalización de los niños con miocarditis con arritmia era muy superior: casi 122 000 dólares frente a los 38 000 dólares de los pacientes con miocarditis sin arritmia. Los problemas de ritmo cardíaco también aumentaron drásticamente las probabilidades de muerte. El coste medio de la hospitalización por pericarditis aguda (todos los grupos de edad), a partir de 2016, se estimó en alrededor de 10K dólares, pero casi uno de cada cinco pacientes (18%) volvió a ingresar en el hospital dentro de los 30 días posteriores al alta, con un coste de otros casi 10K dólares.

Tanto las arritmias como las complicaciones derivadas de los tratamientos cardíacos son causas frecuentes de reingreso hospitalario.

Las manifestaciones de la miocarditis incluyen un aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia), latidos irregulares (arritmia), una presentación similar a un ataque cardíaco y una insuficiencia cardíaca aguda.

Las secuelas a largo plazo incluyen la miocardiopatía dilatada (agrandamiento de los ventrículos) y la insuficiencia cardíaca crónica.

El dolor torácico, el malestar y las palpitaciones son signos comunes de la pericarditis. También puede provocar insuficiencia cardíaca y otras complicaciones a largo plazo.

Los niños suelen presentar ***una miocarditis más*** fulminante ***súbita y grave que los adultos***, con una tasa de mortalidad estimada entre el 7% y el 15%. Los niños hospitalizados con miocarditis tienen más probabilidades de morir que los niños ingresados con otros diagnósticos.

Al hablar de la miocarditis en 2012, los investigadores de la Clínica Mayo reconocieron que, incluso con un buen pronóstico a corto plazo, "los pacientes que se recuperan inicialmente podrían desarrollar una miocardiopatía dilatada recurrente e insuficiencia cardíaca, a veces años después." Uno de los autores de Mayo añadió en 2018 que "la mayor carga de ***la miocarditis puede no ser*** evidente ***hasta 6 o 12 años después del diagnóstico, cuando los niños mueren o necesitan someterse a un trasplante cardíaco***."

Un escritor neozelandés señaló que las manifestaciones clínicas "leves" en el presente no tienen sentido para interpretar los riesgos a largo plazo.

Mediante el uso de resonancias magnéticas con contraste de gadolinio capaces de mostrar "zonas del corazón dañadas e indetectables por cualquier otro medio", ***los*** estudios ***de niños y adolescentes que desarrollaron miocarditis tras la "vacunación" revelaron, en la gran mayoría, un "pronóstico potencialmente malo a pesar de que el corazón parecía haber vuelto a la normalidad***".

Un estudio reveló el alarmante hallazgo de que las anomalías en la estructura y la función cardíacas adquiridas en la juventud son un factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la mediana edad.

Los tratamientos de la miocarditis son caros, pero casi puramente de apoyo, destinados principalmente a controlar las complicaciones.

En los casos graves, las intervenciones pueden ser costosas, agresivas y a menudo inútiles.

Para las complicaciones de la miocarditis grave, el último recurso es el trasplante de corazón. Irónicamente, las personas que necesitan un trasplante pero se niegan a recibir la "vacuna" Covid están siendo retiradas de las listas de espera para trasplantes.

Las situaciones de insuficiencia cardíaca aguda y de trasplante de corazón pueden conducir a una asistencia circulatoria mecánica a corto plazo, incluido el uso de dispositivos de asistencia ventricular (DAV) o máquinas de oxigenación por membrana extracorpórea (OMEC) que imitan el pulmón. Desgraciadamente, las investigaciones realizadas con pacientes cardíacos pediátricos sugieren que estos soportes mecánicos sirven de poco. En un estudio de miocarditis en niños, el desarrollo de arritmia ventricular predijo fuertemente tanto la necesidad futura de la utilización de ECMO como la mortalidad.

Las lesiones cardíacas provocadas por las peligrosas inyecciones antiCovid parecen ser buenas para el negocio. Como admite con franqueza la Clínica Mayo, ***algunos pacientes con miocarditis necesitarán medicación de por vida, creando clientes de por vida***.

Además, ***los corticosteroides "u otros medicamentos para suprimir el sistema inmunitario" y los medicamentos anticoagulantes o contra la presión arterial que se*** recetan ***para los casos supuestamente "leves" de miocarditis conllevan su propio conjunto de efectos secundarios, lo que prepara el terreno para que en el futuro se necesiten nuevas intervenciones médicas y farmacéuticas generadoras de beneficios.***

Un informe de BusinessWire de julio de 2021 pronosticaba un mercado en auge para los dispositivos de asistencia cardíaca, como los DAV, hasta 2027, señalando que "la creciente incidencia de insuficiencia cardíaca está impulsando el crecimiento".

La miocarditis, otras enfermedades cardiovasculares y hasta las muertes súbitas entre deportistas han comenzado a llamar la atención en el último año. Pero nadie parece dispuesto a sacar conclusiones. Aun entre los que admiten la irrupción de esta clase de afecciones, las explicaciones frecuentes van desde que se trata de un fenómeno estadísticamente irrelevante hasta aquellas que aseguran que es un proceso transitorio e incluso reversible.

El problema, del que no se habla, es que aún cuando algunos nos quieren hacer ver una aparente resolución de esta clase de inflamación del músculo cardíaco, ***sus*** fatales consecuencias ***pueden aparecer muchos años después***. Así lo explica el doctor Josef Thoma, médico generalista de Berlín, en un video realizado por la "Sociedad multinacional de médicos y científicos para la salud, la libertad y la democracia".

Thoma describe una enfermedad insidiosa, escurridiza y silenciosa. Plantea un panorama desolador, muy alejado del alegre optimismo que hoy prevalece. En el vídeo, el médico alemán advierte que ***las personas diagnosticadas con miocarditis, aún aquellas supuestamente curadas, quedan con un*** riesgo ***de muerte súbita cardíaca de por vida, y a menudo también con una resistencia física y calidad de vida disminuidas***.

Como ejemplo, Thoma cita el caso de un profesor universitario de 68 años, en buena forma, que un domingo por la tarde, diez años atrás, cayó muerto de

manera repentina. "El cardiólogo al que le compartí esta historia años después me preguntó sobre los antecedentes médicos del hombre. Yo no tenía mucho que reportar, excepto que seis años antes de su muerte súbita había sufrido miocarditis severa, que es una inflamación del músculo cardíaco. Pero eso había sido mucho tiempo atrás. La inflamación del corazón se había curado oficialmente, y al menos no había consecuencias visibles o evidentes", relata el médico.

"El profesor de cardiología negó con la cabeza y luego dijo: 'Sabe, Dr. Thoma, ***la miocarditis es la enfermedad que menos quisiera tener de todas las enfermedades del mundo***'. Le pregunté por qué. Según el cardiólogo, ***la inflamación del músculo cardíaco es*** insidiosa ***en todos los aspectos y tiene mil caras, es multicolor como un camaleón, y esto significa que comparte una gran variedad de síntomas, a veces parecidos a los de una enfermedad cardíaca grave, a veces a los de una mera infección de gripe***. ***Es*** resbaladiza ***como un pez al tratar de atraparlo. En el intervalo sin síntomas a menudo se escapa incluso en los procedimientos de diagnóstico más complejos. Y además es*** silenciosa ***como la mafia siciliana, sin dar siquiera el mínimo indicio de las consecuencias a largo plazo***", añade.

La miocarditis puede, en ocasiones, pasar ***largos periodos sin producir síntomas***. Al respecto, Thoma explicó que ***cualquier inflamación del músculo cardíaco, incluso si se ha considerado oficialmente curada, puede dejar*** daños permanentes ***en el microtejido de ese músculo. Por ejemplo, cicatrices o células musculares patológicamente alteradas cuya funcionalidad y función no pueden ser estimadas***.

"***No es poco común que estas áreas dañadas del corazón*** evadan ***cualquier examen clínico sin importar cuán caro sea el equipamiento e incluso durante la autopsia del enfermo que con seguridad ha sufrido inflamación del músculo cardíaco en el pasado, los cambios resultantes a menudo se*** escapan ***en la revisión del patólogo***. ***Incluso examinar el tejido cardíaco en el microscopio siempre conlleva el riesgo de*** perderse ***estos pequeños daños causados por la miocarditis***", prosigue el profesional, quien recuerda las palabras de un famoso patólogo que una vez remarcó que tomaría hasta 15 000 cortes microscópicos encontrar dicha área dañada.

En cuanto a las consecuencias que puede producir ***una cicatriz pequeña o tejido dañado en el músculo cardíaco***, Thoma recalca que ***a diferencia de otros músculos no puede ser reemplazado ante un daño***. "Para poder contraerse y relajarse de nuevo, el corazón necesita una dosis precisa y regular de impulso eléctrico que solo emana de un punto muy específico del músculo y solo utiliza unas vías eléctricas muy específicas. ***Si este impulso eléctrico*** ocurre ***en un punto distinto al que debería y si se propaga de manera descoordinada en el músculo, el peor*** escenario ***es una fibrilación ventricular y muerte súbita, sin previo aviso, de la nada, incluso con una miocarditis curada, y esto luego de muchos años de no tener síntomas***", puntualiza.

"***Incluso si esta catástrofe mortal no ocurre, la cicatriz y los cambios en el tejido que*** quedan ***después de una miocarditis pueden*** conducir ***a una enfermedad cardíaca crónica, que tiene un*** impacto ***decisivo en la calidad de vida futura de aquellos afectados***", aclara.

Thoma dice haberse sentido asombrado cuando se comenzó a hablar recientemente de la miocarditis, en particular en niños y adolescentes, como algo para nada serio, de naturaleza ligera y que habitualmente se curaría sin causar consecuencias.

Para ilustrar el modo en que el discurso respecto de la miocarditis de pronto se ha cambiado en la medicina, muestra dos artículos del Boletín Oficial de los Médicos de Alemania. "***En 2015, es decir años antes del coronavirus, se*** señalaban ***explícitamente las serias consecuencias a largo plazo de la inflamación del músculo cardíaco***. Mientras que en 2021, todo esto, de repente, no es tan malo", subraya.

Thoma se refiere al trabajo de los profesores y patólogos Arne Burkhardt y Walter Lang, que han aportado pruebas sobre numerosos daños registrados en los tejidos de diversos órganos, tales como el corazón, tras la inoculación. En ese sentido, muestra las diferencias que pueden observarse en cortes histológicos del músculo cardíaco. ***Mientras en un músculo cardíaco normal es posible*** visualizar ***bajo el microscopio que las fibras musculares están dispuestas en patrones regulares, fácilmente reconocibles como estructuras elongadas, en personas que murieron luego de inocularse, se*** observa ***que en una pequeña región del corazón, dentro del tejido, hay un número de células que no pertenecen allí***. "***Se les llama linfocitos-T, y claramente indican un proceso inflamatorio agudo***", precisa.

"***No se puede*** descartar ***que todas estas infiltraciones por células inflamatorias en el músculo cardíaco pueden causar daño permanente de algún tipo***. Quizás no en todas las personas, pero sí en demasiadas. ***Son cambios que cuando coinciden con circunstancias desfavorables pueden*** causar ***ciertas perturbaciones en la propagación de impulsos eléctricos dentro del corazón, con fibrilación ventricular y muerte***. O ***pueden conducir a otras enfermedades*** crónicas ***insidiosas del corazón. Y esto puede suceder muchos, muchos, años después***", expresa Thoma, quien alerta que ***la afirmación que se repite una y otra vez asegurando que la inflamación del músculo cardíaco se cura sin consecuencias no se puede*** probar ***de ninguna manera***, ya que nadie puede ver el futuro.

Por último, el médico alemán aclara que ***estos datos son particularmente importantes para los padres***, que son fuente primordial de información para los niños y jóvenes. "La confianza que tienen en sus padres para que los protejan del peligro es ilimitada. Los niños tienen toda la vida por delante y calcular un riesgo para su vida e integridad física es profundamente ajeno a ellos", finaliza.

Veamos la información adicional que podemos sacar de diferentes bases de datos:

Una investigación de cifras oficiales publicada por Public Health Scotland muestra que ***ha habido un aumento del 67% en comparación con el promedio histórico en el número de personas de 15 a 44 años que sufren ataques cardíacos, paros cardíacos, miocarditis, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades cardiovasculares, desde que a este grupo de edad se le ofreció por primera vez la inyección antiCovid-19***.

Pero un análisis más detallado muestra que este problema en realidad está empeorando, y ***las cifras para 2022 hasta el momento*** revelan ***un aumento del 73% en comparación con el promedio histórico***.

Es bien sabido que ***una posible consecuencia grave de recibir la inyección de Covid-19 es que uno puede desarrollar miocarditis o pericarditis, o en algunos casos ambas***. Lo sabemos porque las autoridades han tenido que admitir que ocurre, aunque como era de esperar lo han minimizado por considerarlo extremadamente raro. Lo que probablemente significa que es mucho más común de lo que la gente cree.

Así es como ambas enfermedades autoinmunes han afectado a las personas en los Estados Unidos según el Sistema de Informe de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés), donde ***solo se*** informan ***del*** 1 al 10% ***de las reacciones adversas***.

Así es como esa cantidad sin precedentes de casos de miopericarditis informados a VAERS se han distribuido por edad. Como se puede observar claramente, ***las dos condiciones autoinmunes tienen muchas más probabilidades de*** ocurrir ***en grupos de edad más jóvenes***, y el Regulador de Medicamentos del Reino Unido ha admitido que éste es el caso. La MHRA, declaró que "la mayoría de estos casos de miocarditis fueron leves". Entonces, ¿no hay de qué preocuparse? Lamentablemente no. ***No*** existe ***un caso leve de miocarditis o pericarditis. Solo obtienes un corazón, y es incapaz de regenerarse/repararse una vez que se ha hecho daño***.

Es posible que se necesiten ***medicamentos cardiovasculares continuos o incluso un trasplante de corazón***. En general, se cree que ***la miocarditis, que puede causar una miocardiopatía dilatada,*** representa ***hasta el 45% de los trasplantes de corazón en los Estados Unidos en la actualidad***.

La miocarditis puede dañar ***permanentemente el músculo cardíaco*** y posiblemente causar:

- *Insuficiencia cardiaca*. Si no se trata, la miocarditis puede dañar el músculo cardíaco de modo que no pueda bombear sangre de manera efectiva. En casos graves, la insuficiencia cardíaca relacionada con la miocarditis puede requerir un dispositivo de asistencia ventricular o un trasplante de corazón.

- *Ataque al corazón o derrame cerebral*. Si el músculo de su corazón está lesionado y no puede bombear sangre, la sangre que se acumula en su corazón puede formar coágulos. Si un coágulo obstruye una de las arterias

de su corazón, puede sufrir un ataque al corazón. Si un coágulo de sangre en su corazón viaja a una arteria que va a su cerebro, puede tener un derrame cerebral.

- *Ritmos cardíacos rápidos o irregulares (arritmias)*. El daño al músculo cardíaco puede causar una arritmia.
- *Muerte cardíaca súbita*. Ciertas arritmias graves pueden hacer que su corazón deje de latir (paro cardíaco repentino). Es mortal si no se trata inmediatamente.

Public Health Scotland (PHS) tiene una base de datos no muy conocida que presenta cifras sobre el impacto más amplio en el servicio de salud debido a las medidas impuestas en nombre de Covid-19. La base de datos se llama 'Impactos más amplios de Covid-19 en el sistema de atención médica'.

Las enfermedades cardiovasculares son condiciones que afectan las estructuras o la función de su corazón, tales como:

- Ritmos cardíacos anormales o arritmias
- Enfermedad de la aorta y síndrome de Marfan
- Cardiopatía congénita
- Enfermedad de las arterias coronarias (estrechamiento de las arterias)
- Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar
- Infarto de miocardio
- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad del músculo cardíaco (miocardiopatía)
- Enfermedad de las válvulas del corazón
- Miocarditis
- enfermedad pericárdica
- Enfermedad vascular periférica
- Cardiopatía reumática
- Carrera
- Enfermedad vascular (enfermedad de los vasos sanguíneos)

Para la categoría 'fuera de horario' y la categoría 'servicio de ambulancia', PHS proporciona un desglose por edad. Lo que significa que podemos evaluar el número de casos cardiovasculares entre adultos de 15 a 44 años.

Así es como Public Health Scotland presenta los datos sobre la cantidad de casos que requieren atención fuera del horario de atención en toda Escocia:

Como se puede observar en lo anterior, el número semanal de casos ha sido más alto entre las personas de 15 a 44 años desde el comienzo de la pandemia, pero esa brecha entre todos los demás grupos de edad de repente se hizo mucho más grande en 2021.

Así lo confirma el segundo gráfico anterior que muestra el cambio porcentual de los casos cardiovasculares frente al promedio histórico de 2018-2019. Desde alrededor de julio de 2021, ha habido un gran aumento en los casos cardiovasculares entre las personas de 15 a 44 años que deberían hacer sonar las alarmas y merecen más atención. Así que eso es exactamente lo que le dimos.

Extrayendo los datos, se pueden elaborar una serie de gráficos para presentar las cifras proporcionadas por Public Health Scotland de manera mucho más clara e intentar comprender la gravedad de lo que ha estado ocurriendo desde la introducción de las inyecciones antiCovid-19.

El gráfico muestra el número de personas de 15 a 44 años que necesitaron tratamiento fuera del horario de atención por casos cardiovasculares por semana desde la semana que terminó el 4 de julio de 2021 hasta la semana que terminó el 20 de febrero de 2022, así como el promedio histórico por semana de 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

El promedio histórico muestra que ha habido entre 60 y poco más de 100 casos cardiovasculares entre personas de 15 a 44 años que requieren tratamiento fuera del horario laboral en toda Escocia. Pero los datos de 2021 y 2022 muestran que ha habido entre 110 y 185 casos cardiovasculares entre personas de 15 a 44 años que requirieron tratamiento fuera del horario de atención.

El gráfico muestra el número de personas de 15 a 44 años que necesitaron una ambulancia por casos cardiovasculares por semana desde la semana que terminó el 4 de julio de 2021 hasta la semana que terminó el 21 de noviembre de 2021 (los datos más actualizados), así como el promedio histórico por semana de 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

El promedio histórico muestra que ha habido entre 185 y poco más de 250 personas de entre 15 y 44 años que requieren una ambulancia por casos cardiovasculares por semana en toda Escocia. Pero los datos de 2021 y 2022 muestran que hubo entre 290 casos y 390 personas de 15 a 44 años que requirieron una ambulancia por casos cardiovasculares por semana.

El gráfico muestra el cambio porcentual en el número de personas de 15 a 44 años que requieren tratamiento fuera del horario de atención por casos cardiovasculares por semana desde la semana que finaliza el 4 de julio de 2021 hasta la semana que finaliza el 20 de febrero de 2022, en comparación con el promedio histórico por semana de 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

Podemos ver que la cantidad de casos que requieren atención fuera del horario ha sido mayor durante todo este período, desde un aumento del 35% en una sola semana hasta un aumento del 117% en una sola semana en comparación con el promedio histórico.

El gráfico muestra el cambio porcentual en el número de personas de 15 a 44 años que requirieron una ambulancia por casos cardiovasculares por semana desde la semana que terminó el 4 de julio de 2021 hasta la semana que terminó el 21 de noviembre de 2021, en comparación con el promedio histórico por semana de 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

Nuevamente podemos ver que el número de personas de 15 a 44 años que requieren una ambulancia ha sido superior al promedio histórico durante todo el período, variando desde un aumento del 23% en una sola semana hasta un aumento del 82% en comparación con el promedio histórico.

El gráfico muestra el número de personas de 15 a 44 años que requirieron tratamiento fuera de horario por casos cardiovasculares por mes de julio de 2021 a febrero de 2022, así como el promedio histórico por mes de 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

Enero ha visto la mayoría de los casos tanto históricamente como en 2022, pero la diferencia aquí es que 2022 vio un aumento del 78.07% en el promedio histórico, sin embargo, este no fue el peor aumento visto desde julio de 2021.

El gráfico muestra el cambio porcentual en el número de personas de 15 a 44 años que requieren tratamiento fuera de horario por casos cardiovasculares por mes de julio de 2021 a febrero de 2022, así como el promedio histórico por mes 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

De hecho, el mayor aumento se registró en septiembre de 2021, con un aumento del 82% registrado frente al promedio histórico. Esto fue seguido de cerca por diciembre de 2021 con un aumento del 81% frente al promedio histórico. Los aumentos más pequeños se registraron tanto en octubre como en noviembre de 2021, pero estos meses aún vieron un aumento del 50% y 49% contra el promedio histórico.

El gráfico muestra la cantidad de personas de 15 a 44 años que requirieron una ambulancia por casos cardiovasculares por mes desde julio de 2021 hasta febrero de 2022, así como el promedio histórico por mes de 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

Junio de 2021 vio a la mayoría de las personas de 15 a 44 años que requirieron una ambulancia debido a un problema como sufrir un ataque cardíaco, paro cardíaco, miocarditis o accidente cerebrovascular con 1772 casos. Pero el promedio histórico muestra que octubre suele ser el mes donde se registra el mayor número de personas que requieren una ambulancia.

Desafortunadamente, Public Health Scotland aún no ha publicado más datos sobre el servicio de ambulancias después de noviembre de 2021, pero lo más probable es que encontremos un gran salto en los casos nuevamente, como se vio con las personas que requieren tratamiento fuera del horario de atención.

El gráfico muestra el cambio porcentual en el número de personas de 15 a 44 años que requieren una ambulancia por casos cardiovasculares por mes de julio de 2021 a febrero de 2022, en comparación con el promedio histórico por mes de 2018-2019 entre el mismo grupo de edad.

El mayor aumento se registró nuevamente en septiembre de 2021, con un aumento del 82% frente al promedio histórico. A esto le siguió julio de 2021, que registró un aumento del 71%, y luego agosto de 2021, que registró un aumento del 66%. El cambio porcentual más bajo se registró nuevamente en octubre y noviembre de 2021, pero estos meses aún vieron un aumento del 50% y 49%.

El gráfico muestra el número de personas de 15 a 44 años que requirieron ambulancia o tratamiento fuera de horario por casos cardiovasculares en diferentes periodos de tiempo. Lo que podemos ver es el número de casos fuera de horario entre el 27 de junio y el 21 de noviembre de 2021, el 27 de junio y el 26 de diciembre de 2021, el 27 de diciembre y el 20 de febrero de 2022, y el 27 de junio de 2021 y el 20 de febrero de 2022 en comparación con el histórico promedio. Así como el número de personas que necesitaron una ambulancia entre el 27 de junio y el 21 de noviembre de 2021 y la media histórica. Y finalmente, el número combinado de casos fuera de horario y casos de ambulancia entre el 27 de junio y el 21 de noviembre de 2021 en comparación con el promedio histórico combinado.

Como podemos observar, 2021 y 2022 han visto sustancialmente más casos cardiovasculares entre personas de 15 a 44 años en todos los rangos de fechas. Pero lo que realmente nos interesa ver aquí es el cambio porcentual en comparación con el promedio histórico.

El gráfico muestra el cambio porcentual en el número de personas de 15 a 44 años que requirieron una ambulancia o tratamiento fuera de horario para casos cardiovasculares en diferentes períodos de tiempo.

Debido a que los datos de la ambulancia actualmente solo llegan hasta el 21 de noviembre de 2021, se ha calculado el mismo período de tiempo para los casos fuera de horario.

Lo que podemos ver aquí es que entre el 27 de junio y el 21 de noviembre, el número de personas que necesitaron una ambulancia por sufrir un infarto, paro cardíaco, miocarditis, ictus, etc., aumentó en un 50%, mientras que el número de fuera de horas los casos en el mismo período de tiempo aumentaron en un 63%.

Con las cifras de ambulancias y fuera de horario combinadas hasta el 21 de noviembre, podemos ver que hubo un aumento del 53.45% frente al promedio histórico. Pero al combinar las cifras de ambulancias con la cantidad total de

cifras fuera de horario hasta el 20 de febrero de 2022, podemos ver que hubo un aumento del 57% frente al promedio histórico.

El número de personas de 15 a 44 años que requirió tratamiento fuera de horario por casos cardiovasculares entre el 27 de junio de 2021 y el 20 de febrero de 2022 experimentó un aumento del 67.36% frente al promedio histórico. Pero lo que más nos interesa es cómo las cifras de 2022 hasta ahora se comparan con las cifras de la segunda mitad de 2021.

Los datos fuera del horario laboral muestran que hubo un aumento del 65.45% en el número de personas que requirieron tratamiento fuera del horario laboral por casos cardiovasculares en la segunda mitad de 2021. Los datos de 2022 hasta el momento muestran que las cosas en realidad están peor en lugar de mejorar.

El número de personas de 15 a 44 años que requirieron tratamiento fuera de horario por casos cardiovasculares entre el 27 de diciembre y el 20 de febrero de 2022 fue un 73% superior al promedio histórico en el mismo período de tiempo.

La gran pregunta, obviamente, es ¿por qué?

Tal vez los tres gráficos (1) (2) (3), tomados del panel Covid-19 del gobierno del Reino Unido que muestran el consumo de vacunas de la dosis 1, 2 y 3 en Escocia por grupo de edad y mes, pueden ayudar a responder a esa pregunta.

Sabemos que Covid-19 no tiene la* culpa*, de lo contrario habríamos visto cifras similares en 2020. Lo único importante que cambió en la segunda mitad de 2021 y 2022 hasta ahora de la situación en 2018 y 2019, es que millones de personas de 15 a 44 años han* recibido *una inyección experimental que se sabe que causa daño al sistema cardiovascular, y principalmente a este grupo de edad.

Han obligado a un grupo demográfico de la población a ponerse una inyección que simplemente no* necesitaban*, y eso ahora ha* causado *un aumento del 53% al 67% en ataques cardíacos, paros cardíacos, miocarditis, derrames cerebrales, etc. desde julio de 2021. Un incremento que no da señales de frenarse con un incremento del 73% frente a la media histórica registrada en lo que va de 2022.

Mientras tanto, los datos publicados por la Oficina de Estadísticas Nacionales muestran que, ***entre enero de 2021 y enero de 2022, las personas de 18 a 39 años con doble "vacunación" en Inglaterra tenían en promedio un* 92% *más de probabilidades de morir que los adultos jóvenes de la misma edad no "vacunados"***.

Esta es una terrible coincidencia o la prueba que constata el daño que las inyecciones contra Covid-19 han hecho y están haciendo a la población.

Ahora vamos a ver que información podemos sacar de los artículos científicos:

Un estudio de la FDA publicado el 11 de junio de 2022, utilizó bases de datos de seguros de salud para identificar hospitalizaciones por miocarditis o pericarditis que ocurrieron en personas de 18 a 64 años, de 1 a 7 días después de una "vacuna" de Pfizer o Moderna. Encontraron que aunque solo ***del 12 al 14% de la cohorte estudiada tenía entre 18 y 25 años, del 33 al 42% de los eventos de miocarditis o pericarditis ocurrieron en personas de este grupo de edad***, lo que sugiere que ***este grupo de edad puede estar especialmente relacionado con estos eventos adversos de la "vacuna"***.

Una limitación grande del estudio, es que no incluye a jóvenes de 12 a 17 años o niños de 5 a 11, que son los grupos de mayor riesgo. Otra importante limitación, es que no tiene en cuenta a aquellos que pueden haber muerto antes de la hospitalización, quienes no estarían incluidos en la base de datos de reclamos de seguros.

Por otro lado, es importante señalar que el estudio uso bases de datos de seguros de salud en comparación con estudios anteriores de la FDA que se basaron exclusivamente en el Sistema de Informe de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS), lo que probablemente resulta en una menor incidencia de casos.

Los hallazgos del estudio son interesantes, pero ***es probable que las limitaciones anteriores produzcan una*** subestimación ***significativa del riesgo real de miocarditis o pericarditis después de la vacunación contra la Covid***.

Un informe (MMWR) de los Centros para la Prevención y Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) encontraron un "riesgo mayor continuo de miocarditis o pericarditis, incluso 21 días después de la "vacunación". El informe también encontró que ***la cohorte de 12 a 17 años tiene una "incidencia 2 a 3 veces mayor en comparación con la cohorte de 18 a 29 años"***.

Después de la segunda dosis, los hombres de 12 a 17 años tuvieron una incidencia de 22.0 a 35.9 casos de miocarditis o pericarditis de 100 000 en comparación con los hombres de 18 a 29 años que tuvieron una incidencia de 6.5 a 15 casos de 100 000, lo que demuestra que ***los adolescentes tienen un mayor riesgo que los adultos***.

Se ha encontrado proteína espiga en la circulación sanguínea, hasta 4 meses después de la inoculación que es mucho más allá de 21 días, por tanto, los estudios tendrían que abarcar un periodo de análisis mucho mayor que el rango de 1 a 21 días.

Según un estudio realizado en la Universidad de California y publicado el 08 de septiembre del 21, utilizando el Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS), ***los adolescentes varones tienen 6 veces más probabilidades de sufrir problemas cardíacos a causa de la "vacuna" que de ser hospitalizados por Covid-19.***

En dicho estudio, se revisaron los informes presentados entre el 1 de enero de 2021 y el 18 de junio de 2021 entre adolescentes de 12 a 17 años que recibieron la "vacuna" de ARNm contra Covid-19. Los criterios de búsqueda de síntomas incluyeron las palabras dolor torácico, miocarditis, pericarditis y miopericarditis para identificar a los niños con evidencia de lesión cardíaca. La palabra troponina fue un elemento requerido en los hallazgos de laboratorio. Los criterios de inclusión se alinearon con la definición de caso de trabajo de los CDC para la miocarditis probable. Se informaron las tasas estratificadas de eventos adversos cardíacos (ECA) por edad, sexo y número de dosis de "vacunación". Se realizó un análisis de daño-beneficio utilizando la literatura existente sobre los riesgos de hospitalización relacionados con Covid-19 en este grupo demográfico.

Se identificaron un total de 257 ECA. Las tasas por millón después de la dosis 2 entre los chicos fueron de 162.2 (de 12 a 15 años) y de 94.0 (de 16 a 17 años); entre las chicas, las tasas fueron de 13.0 y 13.4 por millón, respectivamente. Para los niños de 12 a 15 años sin comorbilidades médicas que reciben su segunda dosis de "vacunación" con ARNm, la tasa de ECA es de 3.7 a 6.1 veces mayor que su riesgo de hospitalización por Covid-19 de 120 días al 21 de agosto de 2021 (hospitalizaciones de 7 días 1.5 / 100k población) y 2.6-4.3 veces mayor en momentos de alto riesgo de hospitalización semanal (hospitalizaciones de 7 días 2.1 / 100k), como durante enero de 2021. Para los niños de 16 a 17 años sin comorbilidades médicas, la tasa de ECA es actualmente de 2.1 a 3.5 veces mayor que su riesgo de hospitalización por Covid-19 de 120 días, y de 1.5 a 2.5 veces mayor en momentos de hospitalización semanal alta por Covid-19.

El riesgo de que un niño sano necesite tratamiento hospitalario debido a Covid-19 en los próximos 120 días es de 26.7 por millón. Esto significa que el riesgo al que se enfrentan por complicaciones cardíacas es 6.1 veces mayor que el de la hospitalización. Esto se basa en las tasas actuales de hospitalizaciones por Covid-19, que se consideran "moderadas". Durante un período de bajo riesgo de hospitalización, como junio de 2021, la probabilidad de complicaciones cardíacas aumenta a 22.8 veces más, y durante un período de alto riesgo, como enero de 2021, la probabilidad de complicaciones cardíacas sigue siendo 4.3 veces mayor.

Las conclusiones a las que llegan:

La tasa de ECA posterior a la "vacunación" fue más alta en los niños de 12 a 15 años después de la segunda dosis. Para los niños de 12 a 17 años sin comorbilidades médicas, la probabilidad de ECA posteriores a la segunda dosis de la "vacunación" es de 162.2 y 94.0 / millón respectivamente. ***Esta incidencia supera su tasa esperada de hospitalización por Covid-19 a 120 días, tanto moderada (tasas del 21 de agosto de 2021) como alta***. ***Se justifica la investigación adicional sobre la gravedad y las secuelas a largo plazo de la ECA posterior a la "vacunación". La cuantificación de los beneficios de la segunda dosis de "vacunación" y la "vacunación" en sí, además de la inmunidad natural en este grupo demográfico, debería indicarse para minimizar el daño***.

En un estudio en la revista Circulation, los autores Truang y colaboradores, reportan los resultados de un estudio epidemiológico de tipo retrospectivo en el que evaluaron casos de miocarditis en personas de menos de 21 años, que ocurrieron en los 30 días posteriores a la recepción de la inoculación 'Covid-19' (Pfizer/BioNTech) y que se registraron en 26 centros de salud entre el inicio de la "vacunación" en este grupo etario y el 4 de julio del 2021. ***De los 139 casos de miocarditis, 136 fueron ocasionados por la inoculación, y el 18% de los casos fueron graves ya que tuvieron que ser admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos***.

El estudio muestra ***que: 1) sí está ligada la inoculación a la miocarditis en jóvenes y 2) casi el 20% (1 en 5) no son casos leves***. Esto se suma a la evidencia de la falta de seguridad del producto. ***Si a eso sumamos el que este grupo no es significativamente afectado por el virus y que las inoculaciones ni están generando protección inmune duradera ni son útiles contra las variantes virales actuales, surge la pregunta: ¿para qué aplicar estas inoculaciones en los jóvenes? El balance riesgo-beneficio no es positivo.***

Según un reciente estudio realizado por el profesor Retsef Levi, ***la "vacunación" ha causado destrozos cardiovasculares entre los jóvenes. Tras la masiva inoculación de la "vacuna" entre chavales y jóvenes, se ha producido un exagerado acrecentamiento de infartos***. ***Aumento del 25% en paros cardíacos y ataques cardíacos (de 16 a 29 años)***. ***Incremento del 83.6% en infartos (mujeres de 20 a 29 años)***. En el siguiente vídeo, el profesor explica los resultados.

Las "vacunas" Covid-19 basadas en ARNm producidas por Pfizer y Moderna tienen una mayor probabilidad de miocarditis, según un estudio revisado por pares de más de 23 millones de personas en los países nórdicos de Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia.

"Este estudio de cohorte de 23.1 millones de residentes en 4 países nórdicos mostró ***tasas más altas de miocarditis y pericarditis dentro de los 28 días posteriores a la 'vacunación' con 'vacunas' de ARNm contra el SARS-CoV-2 en comparación con no 'vacunarse'***. ***Los riesgos de miocarditis y pericarditis fueron*** más altos ***dentro de los primeros 7 días después de inocularse, aumentaron para todas las combinaciones de "vacunas" de ARNm y fueron más*** pronunciados ***después de la segunda dosis***. ***Una segunda dosis de ARNm-1273 tuvo el*** mayor riesgo ***de miocarditis y pericarditis, y los hombres jóvenes de 16 a 24 años tuvieron el mayor riesgo***".

"***Estos casos adicionales entre los hombres de 16 a 24 años corresponden a un riesgo 5 veces mayor después de Comirnaty (la 'vacuna' de Pfizer) y 15 veces mayor riesgo después de Spikevax (Moderna) en comparación con los no 'vacunados'"***, dijo el Dr. Rickard Ljung de la Agencia Sueca de Productos Médicos, uno de los investigadores detrás del estudio.

El estudio señala que ***el riesgo de miocarditis por Covid en sí "fue más alto en los grupos de mayor edad, mientras que el riesgo de miocarditis después de la "vacunación" fue mayor en los grupos de edad más jóvenes"***, lo que refuerza aún más que ***el peligro del supuesto virus varía según la edad***, un hecho a menudo descuidado por el establecimiento de salud pública en los últimos dos años.

En última instancia, "***el riesgo de miocarditis asociado con la 'vacunación' contra el SARS-CoV-2 debe equilibrarse con los beneficios de estas 'vacunas'***", concluye el estudio.

En la introducción de una nueva publicación se dice (***cito textualmente***) lo siguiente:

Varios estudios establecieron una relación causal probable entre las "vacunas" de ARN mensajero (ARNm) de BNT162b2 y ARNm-1273, así como las "vacunas" de adenovirus (ChAdOx1), con miocarditis, principalmente en niños, jóvenes y adultos de mediana edad. El estudio del Ministerio de Salud de Israel, país con una de las tasas de "vacunación" más altas del mundo, evalúa ***el riesgo de miocarditis después de recibir la segunda dosis de "vacuna" entre 1 en 3000 y 1 en 6000 en hombres de entre 16 y 24 años y 1 en 120 000 en hombres menores de 30 (lo cual es tremendamente grave, son cifras escandalosas)***. ***Un estudio de seguimiento realizado por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos basado en los sistemas de autoinforme VAERS y V-Safe, confirma aún más estos hallazgos***. ***El CDC publicó recientemente una advertencia sobre el riesgo de miocarditis relacionado con la "vacuna"***, pero mantuvo su recomendación de "vacunar" a los jóvenes y niños mayores de 12 años. Preocupaciones similares se reflejan en la reciente aprobación de la "vacuna" de Pfizer por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos, que ***requiere varios estudios de seguimiento sobre los efectos a corto y largo plazo de la miocarditis en personas jóvenes***.

Varios estudios exhaustivos demuestran que la miocarditis es una de las principales causas de muerte súbita e inesperada en adultos menores de 40 años y evalúan que es responsable del 12-20% de estas muertes. Por lo tanto, ***es una preocupación plausible que el aumento de las tasas de miocarditis entre los jóvenes pueda conducir a un aumento de otros eventos adversos cardiovasculares graves, como paro cardíaco (PC) y SCA (síndrome coronario agudo). La evidencia anecdótica sugiere que esto podría no ser solo una preocupación teórica***.

Veamos lo que dicen (***cito textualmente***) en dicha publicación en la discusión de los resultados obtenidos; no tiene desperdicio:

El principal hallazgo de este estudio se refiere a ***aumentos de más del 25% tanto en la cantidad de llamadas de CA (cardiac arrest) como de llamadas de ACS (acute coronary syndrome) de personas en el grupo de edad de 16 a 39 años durante el lanzamiento de la "vacunación" contra la Covid-***

19 en Israel (enero-mayo de 2021), en comparación con el mismo período de tiempo en años anteriores (2019 y 2020), como se muestra en la Tabla 1. Además, ***existe una asociación sólida y estadísticamente significativa entre los recuentos semanales de llamadas de CA y SCA y las tasas de 1.ª y 2.ª dosis de "vacuna" administradas a este grupo de edad***. Al mismo tiempo, ***no se observa una asociación estadísticamente significativa entre las tasas de infección por Covid-19 y los recuentos de llamadas de CA y ACS***. Este resultado está alineado con hallazgos anteriores que muestran que ***los aumentos en la incidencia general de CA no siempre se asociaron con tasas más altas de infecciones por Covid-19 a nivel de población, así como la estabilidad de las tasas de hospitalización relacionadas con el infarto de miocardio durante la ola inicial de Covid-19 en comparación con los valores de referencia previos a la pandemia en Israel*** . Estos resultados también se reflejan en un informe de ***un aumento de las visitas a los servicios de urgencias por problemas cardiovasculares durante la implementación de la vacunación en Alemania, así como un aumento de las llamadas al SEM por incidentes cardíacos en Escocia***.

Las imágenes en las Figs. 1 y 2 apoyan y refuerzan estos hallazgos. ***El aumento de llamadas de CA y ACS a partir de principios de enero de 2021 parece seguir de cerca la administración de "vacunas" de segunda dosis***. ***Esta observación es consistente con hallazgos previos que asociaron eventos adversos más significativos, incluida la miocarditis, a la segunda dosis de la "vacuna". Se observa un segundo aumento en los recuentos de llamadas de CA y ACS a partir del 18 de abril de 2021, que parece rastrear un aumento de la "vacunación" de dosis única para personas que se recuperaron de infecciones por Covid-19***. Además, ***los gráficos enfatizan la ausencia de correlación entre los recuentos de llamadas y los recuentos de infecciones por Covid-19***, que se observa con mayor claridad durante las dos principales oleadas pandémicas de 2020.

El gran aumento en la incidencia de eventos de CA y SCA en la población de 16 a 39 años de edad paralelo al lanzamiento de la "vacunación" y su asociación con las tasas de "vacunación", podría ser consistente con la relación causal conocida entre las "vacunas" de ARNm y los incidentes de miocarditis en personas jóvenes, así como el hecho de que la miocarditis a menudo se diagnostica erróneamente como SCA, y que la miocarditis asintomática es una causa frecuente de muerte súbita inexplicada entre adultos jóvenes por CA. ***Esto se ve respaldado por más informes anecdóticos que describen la muerte cardíaca súbita después de la "vacunación" contra la Covid-19***. Si bien la miocarditis inducida por la "vacuna" se notificó predominantemente en hombres, ***es interesante señalar que los aumentos relativos de eventos de CA y SCA (Tabla 1) fueron mayores en mujeres. Esto puede sugerir el posible infradiagnóstico o autoinforme de miocarditis en mujeres***, u otros patrones únicos, lo que es consistente con el desafío actual de las diferencias relacionadas con el género relacionadas con el diagnóstico y la atención de enfermedades cardiovasculares.

El documento sugiere varias implicaciones políticas importantes. En primer lugar, es importante que los programas de vigilancia de los posibles efectos secundarios de la vacuna y los resultados de la infección por Covid-19 incorporen EMS y otros datos de salud para identificar tendencias de salud pública e investigar de inmediato las posibles causas subyacentes. Estas implicaciones se destacan aún más por la administración continua de dosis adicionales de refuerzo de la "vacuna" al público debido a la disminución de la inmunidad de la "vacuna" contra las variantes de Covid-19 (p. ej., variante delta) después de la segunda dosis de la "vacuna". Además, ***estudios recientes también han demostrado la asociación de un mayor riesgo de miocarditis con la administración de "vacunas" basadas en adenovirus (es decir, ChAdOx1), además de "vacunas" de ARNm, lo que aumenta el número de personas que podrían ser susceptibles a los posibles efectos secundarios de la "vacuna***".

Refieriéndose a la miocarditis, el Health Advisory & Recovery Team (HART) (un grupo de médicos, científicos, economistas, psicólogos y otros expertos académicos altamente cualificados del Reino Unido, reunidos para compartir su preocupación por las recomendaciones políticas y de orientación relacionadas con la pandemia de Covid-19) advierte: ***"Esto no se puede descartar como una afección leve y autolimitada***". El despliegue de la 'vacuna' Covid-19 a los adolescentes comenzó después de que el 4 de agosto el Comité Mixto de Vacunación e Inmunización (JCVI) anunció que a todos los jóvenes de 16 y 17 años se les debería ofrecer la primera dosis de la "vacuna de Pfizer-BioNTech, ***a pesar de las pruebas de que la miocarditis es un efecto secundario real y grave de la "vacuna***.

Los mejores datos del mundo real, procedentes del departamento de salud israelí, muestran un riesgo de miocarditis para los jóvenes de entre 20 y 24 años después de la segunda dosis de Pfizer de 1 entre 10 463, que se eleva a 1 entre 6230 para los de 16 a 19 años, y que se produce sobre todo en los primeros 7 días después de la "vacunación". Estas cifras sólo incluyen a los niños que acuden al hospital. Como reflejo del reconocimiento del riesgo por parte del JCVI, a los jóvenes de 16-17 años sólo se les ofreció una dosis en primera instancia.

Se ha sugerido que la "vacunación" en este grupo de edad es válida, ya que la miocarditis también puede ocurrir con la infección por Covid-19 con **un documento no revisado por pares**, utilizando datos extraídos de los registros de salud para mostrar que la miocarditis se produjo en el 0.09% de los niños de 12 a 19 años, dentro de los 90 días de un diagnóstico de Covid-19. Sin embargo, ***esa tasa estimada de miocarditis asume que todos los casos de Covid-19 se mantienen dentro de su sistema de datos, lo que es muy poco probable que sea el caso dado que los niños son probablemente asintomáticos o con síntomas muy leves***.

La desestimación de los datos en algunos sectores, sobre la base de que tales síntomas son leves y autolimitados, lo que no está nada claro, es una verdadera preocupación, como lo demuestra un informe reciente de 63 casos de miocarditis asociada a la "vacunación" en menores de 21 años de los Estados Unidos. Los jóvenes tenían una edad media de 15.6 años y todos se

presentaron con dolor torácico: el 70% tenían ECG anormales, el 14% tenían una disfunción ventricular izquierda leve en la ecocardiografía, el 6% tenían arritmias cardíacas.

De los 56 pacientes a los que se les realizó una Resonancia Magnética Cardíaca, el 88% presentaba anomalías significativas en el realce tardío de gadolinio consistentes con "lesión y necrosis miocárdica no isquémica", siendo las apariencias más graves que las observadas en 16 niños con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C). Hasta la fecha, sólo se han repetido las resonancias magnéticas cardíacas de dos niños, y ambas muestran cambios persistentes. Los autores aconsejan que estos niños sigan los consejos dados para la miocarditis viral y eviten el deporte durante 3 a 6 meses.

Será necesario un seguimiento a largo plazo y ***no se puede descartar el riesgo de descompensación cardíaca en los próximos años***. Una visión general de la miocarditis en los niños pone de relieve la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento precoces, pero también ***la posibilidad de una miocardiopatía dilatada en la vida adulta, con la posible necesidad de un trasplante de corazón***.

En un estudio publicado el 30 de julio de 2021, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconocieron casi 400 informes de niños de entre 12 y 17 años que experimentaron inflamación del corazón después de recibir la "vacuna" de Pfizer/BioNTech. El estudio de los CDC también **incluyó 14 informes de muertes después de la "vacunación" en adolescentes**. Entre los que murieron, cuatro tenían entre 12 y 15 años, y 10 ocurrieron en jóvenes de 16 a 17 años.

Aunque en las muertes revisadas por los CDC se incluyeron 2 reportes de muertes como "suicidios", hay otros 2 informes de "embolia pulmonar", 2 "hemorragias intracraneales", 1 informe de "insuficiencia cardíaca" y 1 "trastorno sanguíneo poco común".

Todas las muertes fueron revisadas por médicos de los CDC y seis muertes están pendientes de análisis adicionales. Se determinó que ninguno de los informes de muerte fue causado por una inflamación del corazón.

Cabe tener en cuenta que un estudio calcula que solo el 1% de la totalidad de los eventos adversos se llegan a reportar correctamente.

En general, el estudio de los CDC revisó los eventos adversos entre los jóvenes de 12 a 17 años informados al Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas (VAERS) en los Estados Unidos entre el 14 de diciembre de 2020 y el 16 de julio de 2021.

Según el estudio de los CDC, hasta el 16 de julio, alrededor de 8.9 millones de adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años habían recibido la vacuna de Pfizer-BioNTech. **El VAERS recibió 9246 informes después de la**

vacunación con esta vacuna en este grupo de edad: el 9.3% fueron por eventos adversos graves, incluida la miocarditis (4.3% o 397 informes).

Los CDC también revisaron los eventos adversos para el grupo de edad de 12 a 17 años informados durante el mismo período de tiempo a V-safe, un sistema de vigilancia de seguridad basado en teléfonos inteligentes controlado por los CDC y socios privados.

Según el estudio, 129 000 adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años se inscribieron en V-safe después de la "vacunación" con Pfizer. Informaron reacciones locales (63.4%) y sistémicas (48.9%) con una frecuencia similar a la informada en los ensayos clínicos previos a la autorización. Las reacciones sistémicas fueron más frecuentes después de la dosis dos.

El estudio indicó que una pequeña cantidad de participantes de V-safe, informaron que fueron hospitalizados después de la "vacunación"; sin embargo, V-safe no registra un motivo de hospitalización y no se puede determinar si la hospitalización estaba relacionada con la "vacunación". Aunque los administra el CDC, el público no puede acceder a los datos de V-safe.

Aunque **el estudio de los CDC** no vinculó ninguna de las muertes que ocurrieron en el grupo de 12 a 17 años con la inflamación del corazón, sí ***encontró que los eventos adversos graves reportados con mayor frecuencia en ese grupo de edad incluyeron: dolor en el pecho, aumento de los niveles de troponina, miocarditis y aumento de la proteína C reactiva***.

Según los CDC, ***los hallazgos fueron consistentes con un diagnóstico de miocarditis, inflamación del músculo cardíaco que puede provocar arritmia cardíaca y la muerte***. El estudio estaba sujeto a varias limitaciones, que incluyen:

- VAERS es un sistema de vigilancia pasiva y está sujeto a informes insuficientes y sesgos de notificación.
- La documentación puede retrasarse o no estar disponible para revisión médica.
- La falta de una señal de seguridad estadística en el monitoreo planificado no excluye un problema de seguridad.
- El estudio no se diseñó para identificar todos los casos de miocarditis; solo se incluyeron los informes que enumeraban el término "miocarditis" de MedDRA.

La Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) agregó el 25 de junio ***una advertencia a las hojas de datos de pacientes y proveedores para las "vacunas" Covid de Pfizer y Moderna, que indica un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis después de la "vacunación"***.

Recientemente, en Canadá se ha añadido también una advertencia sobre la Parálisis de Bell para la "vacuna" de Pfizer.

Los informes de notas de advertencia de eventos adversos sugieren un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis, particularmente después de la segunda dosis y con la aparición de los síntomas unos días después de la "vacunación".

Si se hace un análisis de los primeros datos notificados por VAERS y usamos V-safe, después de la "vacunación" de niños de 12 a 15 años y de 16 a 25 años con una vacuna de ARNm y se consideran particularmente la miocarditis y la pericarditis:

El análisis de los resultados obtenidos a través de la base de datos VSD muestra que:

- Se observan más casos después de la segunda dosis de "vacuna" de ARNm.
- ***Una tasa de aparición de 12.6 casos por millón de miocarditis/pericarditis después de la segunda dosis de la "vacuna" de ARNm dentro de los 21 días posteriores a la "vacunación"***.
- Las tasas parecen ser más altas para los hombres que para las mujeres.

Los resultados obtenidos a través de VAERS muestran que:

- La edad media de los pacientes notificados es más joven después de la segunda dosis en comparación con la primera dosis.
- Predominio de pacientes masculinos en grupos de edad más jóvenes, especialmente después de la segunda dosis.
- ***Informes de miocarditis y pericarditis observados > casos esperados, especialmente después de la segunda dosis en grupos de edad más jóvenes***.

La actualización de la FDA, siguió a una revisión de la información y la discusión correspondiente en una reunión del ACIP el 23 de junio, donde ***el comité reconoció 1200 casos de inflamación cardíaca en personas de 16 a 24 años y dijo que las "vacunas" de ARNm Covid deberían llevar una declaración de advertencia***.

En relación con lo expresado anteriormente, hay un dato demoledor: 800 000 niños de 5 a 11 años se vieron obligados ***a faltar a la escuela en los Estados Unidos después de sufrir una reacción adversa grave a la "vacuna" Covid-19***. 1 de cada 10 niños pequeños en los Estados Unidos que recibieron la inyección antiCovid-19 se vio obligado a perder al menos 1 día de escuela debido a que sufrió una reacción adversa grave que no podían realizar las actividades diarias.

Como hemos visto, la miocarditis es una afección que causa la inflamación del músculo cardíaco y reduce ***la capacidad del corazón para bombear sangre, y puede causar ritmos cardíacos rápidos o anormales***. Eventualmente, ***la miocarditis*** debilita ***el corazón de modo que el resto del cuerpo no recibe suficiente sangre***. ***Luego se pueden formar*** coágulos ***en el corazón, lo que lleva a un ataque al corazón. Otras*** complicaciones ***de la afección incluyen muerte cardíaca súbita.*** No existe ***una versión leve de la miocarditis, es extremadamente*** grave ***debido a que el músculo cardíaco es incapaz de regenerarse. Por lo tanto, una vez que el daño está hecho, no se puede dar*** marcha ***atrás al reloj***.

El Comité Mixto de Vacunación e Inmunización (JCVI) ha revelado que ***el número de niños de 5 a 11 años que desarrollarán miocarditis a causa de las inyecciones antiCovid-19 es hasta*** 815 veces ***mayor que el número de niños no admitidos a la UCI con Covid-19 debido a la inyección antiCovid-19***.

JCVI admite que ***para evitar 0.5 ingresos en UCI de niños de 5 a 11 años a causa del Covid-19, será*** necesario ***"vacunar" a 1.9 millones de niños con 2 dosis de la inyección de Pfizer, por lo que será necesario*** administrar ***3.8 millones de dosis para prevenir 0.5 admisiones en UCI***. Esto se traduce en ***0.13 admisiones en la UCI evitadas por 1 millón de dosis administradas***. Pero en otra parte de sus consejos publicados, afirman que las reacciones adversas graves entre los niños son extremadamente raras, y citan un estudio realizado por los CDC en los EE. UU. que concluyó que se informaron 2 casos de miocarditis relacionada con la "vacuna" por 1 millón de dosis de "vacuna" administrada. Estas cifras por sí solas muestran que ***el número de niños de 5 a 11 años que desarrollarán miocarditis debido a las inyecciones antiCovid-19 es al menos 16 veces mayor que el número de niños que no ingresarán en la UCI con Covid-19 gracias a la inyección***.

Pero los 2 casos de miocarditis por 1 millón de dosis administradas están muy subestimados, como ha sido confirmado por un estudio científico reciente publicado en JAMA Network realizado por científicos de los CDC, FDA y varias otras organizaciones. Los autores del estudio encontraron que ***la tasa era tan alta como 105.9 casos de miocarditis por 1 millón de dosis administradas.*** Por tanto, ***en*** realidad ***el número de niños de 5 a 11 años que desarrollarán miocarditis a causa de las inyecciones antiCovid-19 es hasta*** 815 veces mayor ***que el número de niños que no ingresarán en UCI con Covid-19 a causa de la Inyección de Covid-19***.

Como hemos visto, ***la miocarditis en adolescentes se ha*** diagnosticado clínicamente ***después de la administración de la segunda dosis de una "vacuna" de ARNm para la enfermedad supuestamente causada por coronavirus 2019 (Covid-19)***. En particular, se informa de miocarditis en adolescentes (especialmente en varones adolescentes) después de la segunda dosis de la "vacuna" Pfizer-BioNTech Covid-19. Dado que las biopsias cardíacas rara vez se realizan en estos casos con pacientes clínicamente estables, la patología miocárdica no se ha dilucidado claramente.

Las nuevas "vacunas" contra el coronavirus causan miocarditis que ***requieren hospitalización en hasta 1 de cada 2000 adolescentes y hombres jóvenes***, una tasa mucho mayor que la que causa la supuesta infección por "Covid". ***La miocarditis rara vez se diagnostica en la*** autopsia ***de las muertes debidas a la infección por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)***. Se ha demostrado que la incidencia de miocarditis, ***aumenta después de recibir la "vacuna" BNT162b2***, ***particularmente después de la segunda dosis entre los hombres jóvenes que la reciben***. Además, se ha encontrado que ***la primera semana después de la segunda dosis de la "vacuna" era la principal ventana de riesgo***.

En una autopsia cuyo objetivo fue examinar los hallazgos cardíacos microscópicos en muertes de adolescentes que ocurrieron poco después de la administración de la segunda dosis de Pfizer-BioNTech Covid-19 para determinar si la "miocarditis" descrita en estos casos tiene la histopatología típica de la miocarditis; encontraron que ***la lesión miocárdica observada en estos corazones postvacunales es diferente de la miocarditis típica y tiene un aspecto muy parecido a una miocardiopatía de estrés (tóxica) mediada por catecolaminas***. En las conclusiones de su informe, exponen que comprender que ***estos casos son diferentes de la miocarditis típica y que la tormenta de citoquinas tiene un circuito de retroalimentación conocido con las catecolaminas*** puede ayudar a guiar la detección y la terapia.

Otro joven del norte del estado de Nueva York murió ***de miocarditis relacionada con la "vacuna" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19) después de que se vio*** obligado ***a tomarla para poder ir a la escuela***.

Después de la primera dosis de la "vacuna", George Jr. ***experimentó*** graves ***efectos adversos*** que decidió mantener para sí mismo. Según sus padres, ***encontró sangre en su orina***. ***Después de recibir su segunda dosis, sus síntomas empeoraron***.

"Noté que estaba empezando a hincharse en la cara, como si tuviera un problema sinusal", dijo George Watts Sr., el padre de George Jr. "Tenía tos y decidí llevarlo a la sala de emergencias para ver qué estaba pasando".

Al llegar al hospital, George Jr. recibió antibióticos para tratar lo que se pensaba que era una infección sinusal. Pero una semana después de su primera visita al hospital, todavía estaba enfermo. Así que sus padres lo llevaron de vuelta al hospital. ***Después de la segunda visita, los síntomas de George Jr.*** empeoraron.

"Pasa otra semana y está empeorando", dijo George Sr. "***Su tos está empeorando, está tosiendo sangre, le duelen los pies, le duelen las manos, le duelen los ojos, le duelen los dientes. Y no le gustaba la luz, la luz del sol***".

"Le dije que lo iba a llevar a la sala de emergencias al día siguiente después de que me quedara sin trabajo", continuó. "Nunca hicimos ese viaje a la sala de emergencias".

La noche antes de que se suponía que debía regresar al hospital para su tercera visita, ***se desplomó en su habitación y fue declarado muerto cuando su cuerpo fue encontrado a la mañana siguiente. Según su familia, estaba muy sano y no tenía afecciones médicas subyacentes***.

Un informe de autopsia de la Oficina del Forense del Condado de Bradford declaró ***la causa de muerte de George Jr. como "miocarditis relacionada con la 'vacuna' Covid-19***". El jefe forense adjunto del condado de Bradford, Timothy Cahill Jr: "***Actualmente estamos trabajando en otros casos que están relacionados con la 'vacuna' y los problemas relacionados con el refuerzo dentro de nuestro condado***".

Vamos a ver ahora que información nos llega de otros países:

La Alta Autoridad Sanitaria francesa (HAS) ha desaconsejado el uso de la "vacuna" Moderna para los menores de 30 años, basándose en particular en un estudio según el cual aumenta ligeramente el riesgo de miocarditis y pericarditis en dichos tramos de la población. Entre los jóvenes de 12 a 29 años se produce un caso de miocarditis por cada 7600 inoculaciones.

Realizado por el organismo Epi-Phare, que asocia al Seguro de Enfermedad (Cnam) y a la Agencia del Medicamento (ANSM), un amplio estudio se centró en las personas de entre 12 y 50 años hospitalizadas en Francia por miocarditis o pericarditis entre el 15 de mayo y el 31 de agosto, es decir, 919 casos de miocarditis y 917 de pericarditis.

Tal y como muestran los informes de farmacovigilancia, los resultados del estudio francés confirman que ***las "vacunas" de Pfizer y, sobre todo, Moderna, aumentan el riesgo de que se produzcan estas enfermedades a los 7 días de la "vacunación", y con mayor frecuencia en hombres menores de 30 años***.

El Ministerio de Salud de Japón ha enumerado ***la inflamación del músculo cardíaco y del revestimiento exterior del corazón en los hombres más jóvenes como efectos secundarios graves de las "vacunas" Covid de ARNm***, como las de Moderna y Pfizer.

Dice que a partir del 14 de noviembre, de cada millón de hombres que recibieron la "vacuna" Moderna, se informaron efectos secundarios de este tipo en 81.79 hombres en la adolescencia y 48.76 hombres en la veintena.

Las cifras fueron 15.66 y 13.32 respectivamente para quienes recibieron la "vacuna" Pfizer.

El ministerio celebró un panel de expertos y propuso ***advertir del riesgo mediante la impresión de "efectos secundarios graves" en los documentos adjuntos a las "vacunas"***.

Después de que se determinó que la "vacuna" para la Covid-19 de Moderna causa miocarditis particularmente en los jóvenes, los países como Suecia, Dinamarca, Finlandia e Islandia prohibieron temporalmente su uso en grupos de edad específicos. Noruega lo recomienda, pero no la prohíbe, igual que Francia para menores de 30 años.

Bélgica también detuvo la administración de la "vacuna" de Moderna a los belgas de 30 años o menos. La nación europea citó el ***riesgo de inflamación cardíaca como la razón para dejar caer la "vacuna" de ARNm***.

Según un informe del Bruselas Times, Bélgica dejó de usar la "vacuna" contra la Covid-19 de ARNm de Moderna como inyección principal para los menores de 31 años en diciembre de 2021. En cambio, el país recomendó la "vacuna" de Pfizer para la "vacunación" inicial a pesar de que ***también está relacionada con la inflamación cardíaca***.

De igual forma, las autoridades sanitarias de Taiwán suspendieron la administración de segundas dosis de la "vacuna" Pfizer-BioNTech contra la Covid para jóvenes de entre 12 y 17 años, citando ***preocupaciones sobre un mayor riesgo de inflamación cardíaca***. La provincia de Thanh Hoa, en Vietnam, suspendió el uso de un lote de "vacuna" de Pfizer Covid-19 después de que más de 120 estudiantes fueran hospitalizados tras la inoculación.

Algunos países han ajustado sus políticas relativas a la administración de las vacunas contra el coronavirus a los niños y adolescentes. Hong Kong ha pasado de dos dosis de Pfizer a una sola dosis para los niños y jóvenes de 12 a 17 años. Reino Unido ha hecho algo similar, recomendando una sola dosis para los niños de entre 12 y 18 años.

Según los informes, un nuevo análisis preliminar de fuentes de datos suecas y nórdicas encontró que "SpikeVax", como Moderna lo llama ahora, daña los cuerpos de los jóvenes y debe dejar de administrarse.

La Agencia Sueca de Salud Pública emitió una recomendación de que SpikeVax se elimina inmediatamente para todos los jóvenes nacidos después de 1991 por precaución.

"La causa son señales de un mayor riesgo de efectos secundarios, **como inflamación del músculo cardíaco o del saco cardíaco**. "El aumento del riesgo se observa dentro de las cuatro semanas posteriores a la "vacunación", principalmente dentro de las dos primeras semanas".

El mismo día que la Agencia Sueca de Salud Pública emitió esta declaración, la Autoridad de Salud Danesa emitió su propia declaración sobre cómo SpikeVax de Moderna causa "un mayor riesgo de inflamación del corazón".

Aunque es "extremadamente raro", insiste la agencia, ***la inflamación del corazón no es algo bueno para que la experimenten los jóvenes, especialmente porque el virus chino en sí mismo casi no representa ningún riesgo para ellos***.

Veamos un testimonio interesante, entre otras cosas, sobre este tema:

Un cardiólogo pediátrico que ha tratado a cientos de pacientes con Covid-19 advierte contra los mandatos de "vacunas", que, según él, podrían tener un ***efecto letal en los niños y provocar una oleada de "muerte cardíaca súbita"***.

El Dr. Kirk Milhoan, MD, cardiólogo pediátrico en Hawái, criticó los requisitos de "vacunas" contra la Covid para niños en estados como California en una entrevista reciente con el pionero de la "vacuna" de ARNm, el Dr. Robert Malone.

Cuando se le preguntó si los requisitos de vacunación, como los anunciados por el gobernador de California, Gavin Newsom, para los niños en edad escolar, provocarían muertes significativas, Milhoad respondió: "Sí, creo que es solo un juego de números".

"Creo que si miras alrededor del mundo, estamos llegando a un número entre uno y tres a uno de cada seis mil", dijo, señalando los riesgos de inflamación del corazón después de la "vacunación" contra la Covid. "A medida que intensificamos esto para tratar de que todos, como el mandato en California, se "vacunen" para poder ir a la escuela, creo que por lo que vemos en todo el mundo, ***la cantidad de casos de miocarditis*** aumentará***, y es posible que tengamos un aumento en la muerte cardíaca súbita asociada con la miocarditis***".

"Es muy interesante ver esta discusión en curso en este momento en términos de tratar de decir: 'Bueno, sí, sabemos que la miocarditis es un problema con la 'vacuna', pero creemos que la 'vacuna' sigue siendo mejor que contraer Covid'", dijo el Dr. dijo Milhoan. "***Me encuentro, en los niños, que en realidad es todo lo contrario***".

El cardiólogo pediátrico relató cómo ***una vacuna contra el rotavirus, Rotashield, salió rápidamente del mercado en 1999, luego de que los CDC la vincularan con un trastorno intestinal raro pero potencialmente fatal. No se lanzó otra vacuna contra el rotavirus durante ocho años***.

Los mandatos no harán que las personas estén más seguras, agregó. ***Las "vacunas" contra la Covid-19 han*** demostrado ***ser incapaces de detener la transmisión del virus y no se ha demostrado que los niños sean una fuente importante de infección***.

"Veo niños contagiando resfriados a adultos. Veo adultos transmitiendo Covid a los niños. Eso es lo que estoy viendo", dijo Milhoan. "Entonces, ***tratar de decir***

que si los 'vacunamos', eso de alguna manera hará que nuestra sociedad sea más* segura*... no tenemos el respaldo científico para eso".

Los riesgos ***para los niños son inmensos***, en cualquier caso. Las intervenciones médicas para niños preadolescentes tienen un "potencial de destrucción o daño de por vida", concluyó Milhoan. "Entonces, tenemos que tratar al niño preadolescente con mucho, mucho cuidado. ***Estos no son para experimentar***".

"No puedo creer que hayamos llegado al punto de que vamos a experimentar con nuestra población de menor riesgo que tiene el mayor riesgo de sufrir potencialmente un evento adverso de por vida", dijo. "***Es inaudito que estemos esperando que la carga la lleven los niños y vamos a experimentar con ellos***"

Después de analizar toda la información expuesta anteriormente, es muy obvio que los problemas cardiacos en jóvenes son mucho más frecuentes y mucho más peligrosos de lo que algunos nos quieren hacer ver. Algo que debemos tener presente siempre, es que ***los casos 'leves de miocarditis' no existen***. A modo de resumen a este respecto:

En la Universidad de Columbia Británica, el Dr. Steven Pelech, declaró en agosto: "Contrariamente a lo que han dicho muchas personas, no existe la 'miocarditis leve'".

Además, dos tercios ***de los adolescentes con miocarditis o pericarditis relacionada con la inyección de ARNm tenían anomalías cardíacas persistentes meses después de su diagnóstico inicial, lo que genera preocupación por los posibles efectos a largo plazo y contradice nuevamente las afirmaciones de que la afección es "leve***".

Un estudio revisado por pares muestra que ***más de dos tercios de los adolescentes con miopericarditis relacionada con la inyección contra Covid-19 tenían anomalías cardíacas persistentes meses después de su diagnóstico inicial, lo que genera preocupación por los posibles efectos a largo plazo***.

Los hallazgos, publicados el 25 de marzo en el Journal of Pediatrics, desafían la posición de las agencias de salud de EE. UU., incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), que afirman que la inflamación cardíaca asociada con las vacunas de ARNm de Pfizer y Moderna es "leve".

Investigadores del Seattle Children's Hospital revisaron casos de pacientes menores de 18 años que acudieron al hospital con dolor torácico y un nivel elevado de troponina sérica entre el 1 de abril de 2021 y el 7 de enero de 2022, dentro de la semana posterior a recibir una segunda dosis de la "vacuna" de Pfizer.

Mientras que 35 pacientes cumplieron con los criterios, 19 fueron excluidos por varias razones. Se realizaron imágenes de resonancia magnética (IRM) cardíaca de los 16 pacientes restantes entre tres y ocho meses después de que fueron examinados por primera vez. ***Las resonancias magnéticas* mostraron *que 11 tenían realce tardío de gadolinio (LGE) persistente, aunque los niveles eran más bajos que en meses anteriores***.

Según el estudio, "***la presencia de LGE es un indicador de lesión cardíaca y fibrosis y se ha asociado fuertemente con un peor pronóstico en pacientes con miocarditis aguda clásica***".

En un metanálisis de ocho estudios, se encontró que ***el LGE predice muerte por todas las causas, muerte cardiovascular, trasplante cardíaco, rehospitalización, miocarditis aguda recurrente y necesidad de soporte circulatorio mecánico***.

Hepatitis en jóvenes

Resulta que recientemente han aparecido (y están aumentado) casos de hepatitis en niños, y muchos médicos y autoridades sanitarias están en ascuas, en completa oscuridad acerca de su origen. Lo ven como un "misterio".

El 15 de abril de 2022, la Organización Mundial de la Salud emitió una alerta mundial sobre una nueva forma de hepatitis aguda grave de etiología (causa) desconocida que afectó a niños previamente sanos en el Reino Unido durante el último mes. También se han notificado casos en España e Irlanda. La alerta de la OMS decía:

"El síndrome clínico en los casos identificados es de hepatitis aguda con enzimas hepáticas marcadamente elevadas, muchas veces con ictericia, a veces precedida de síntomas gastrointestinales, en niños principalmente hasta los 10 años. Algunos casos han requerido traslado a unidades especializadas en hígado infantil y seis niños han sido sometidos a trasplante hepático. Hasta el 11 de abril, no se ha informado ninguna muerte entre estos casos y se ha detectado un caso relacionado epidemiológicamente".

El 25 de abril, se había confirmado que las infecciones de hepatitis afectaron a niños en doce países diferentes, y la mayoría de esos casos aumentaron en el Reino Unido. Hasta la fecha se habían notificado al menos 169 casos y 17 niños habían requerido un trasplante de hígado. Lamentablemente, hasta esa fecha, un niño había perdido la vida.

A mediados de junio, cientos de casos más en todo el mundo habían sido confirmados por investigadores y más estados estadounidenses han estado reportando casos últimamente. Las autoridades federales de Estados Unidos dijeron que están investigando 274 casos probables de hepatitis infantil según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), que han reportado casos de origen no identificado en 39 estados. El 9 de junio, el Departamento de Salud Pública de Kentucky confirmó seis casos de hepatitis

infantil de origen misterioso en el estado. No está claro qué está sucediendo con el brote de hepatitis según funcionarios de estados Unidos y otras naciones.

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, confirmó más de ***700 posibles casos de hepatitis infantil*** durante una conferencia de prensa el ***8 de junio del 22***. La OMS dijo que al menos ***38 casos han requerido trasplantes de hígado, mientras que 10 han muerto***. La agencia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) agregó que ***hay otros 99 casos que deben ser clasificados***.

Veamos lo que dice la OMS, en la actualización epidemiológica del 24 de junio:

"A 22 de junio de 2022, ***33 países de cinco regiones de la OMS habían notificado 920 casos probables de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños que cumplen con la definición de caso de la OMS*** (La definición de caso de la OMS, está incluida dentro de la actualización). Desde la anterior Disease Outbreak News publicada el 27 de mayo de 2022, se han notificado a la OMS 270 nuevos casos probables, incluidos cuatro nuevos países. La mitad de los casos probables notificados se han notificado en la Región Europea de la OMS (20 países han notificado 460 casos), incluidos 267 casos (29% de los casos mundiales) en el Reino Unido (cuadro 1, figura 2). El segundo mayor número de casos probables se ha notificado en la Región de las Américas (n = 383, incluidos 305 casos de los Estados Unidos de América), seguido de la Región del Pacífico Occidental (n = 61), la Región de Asia Sudoriental (n = 14) y la Región del Mediterráneo Oriental (n = 2). Diecisiete países están reportando más de cinco casos probables. El número real de casos puede estar subestimado, en parte debido a los limitados sistemas de vigilancia reforzada en vigor. Se espera que el recuento de casos cambie a medida que se disponga de más información y datos verificados".

La OMS dijo que estos casos de hepatitis han sido más graves y que una "***mayor proporción de pacientes han desarrollado insuficiencia hepática aguda en comparación con informes anteriores de hepatitis aguda de etiología desconocida en niños***".

"***Esto es definitivamente inusual***, no puedo pensar en muchas veces en mi carrera en las que nos hayamos enfrentado a algo como esto. Lo que es inusual es que ***es hepatitis fulminante, lo que básicamente significa que el hígado ha fallado por completo en estos niños. Eso es extremadamente raro en la infancia***. Y nos ha puesto a todos en alerta máxima", dijo Asha Bowen, clínica del Hospital Infantil de Perth en Australia e investigadora de enfermedades infecciosas en el Instituto Telethon Kids.

Los niños estaban en su mayoría sanos antes de enfermarse ***y ser diagnosticados. Su hepatitis fue descrita como "***grave y aguda***" por la OMS***.

Veamos el "misterioso" caso de las hepatitis en niños en 2022. Los cuadros se caracterizan por no tener un virus asociado, descartemos entonces que se trate de hepatitis A, B o C (este último no se hubiera considerado de todas maneras,

dada la agudeza del cuadro), descartemos también como causa al virus de la fiebre amarilla y algunos hepesvirus, como citomegalovirus y Epstein-Barr). Aunque en la nota mencionan que podría tratarse de Covid-19, ***sabemos que no detectaron el virus asociado al hígado porque lo hubieran dicho inmediatamente, y necesita tomarse en cuenta que ninguna de las supuestas variantes de SARS-CoV-2 se ha caracterizado por ocasionar hepatitis aguda severa, y menos en este grupo etario***. Como se trata de niños, descartamos el alcohol y las drogas recreativas o tratamientos médicos crónicos como causa posible. Los niños no son de un mismo grupo, familia, sitio geográfico, etc., así que eso nos dice que ***es un factor común al que han sido expuestos muchos niños, en muchos lados***.

Entonces, ¿será que hay algo a lo que muchos niños en diferentes partes de Norteamérica y Europa han sido expuestos y a lo que antes no estaban expuestos directa o indirectamente? Piénsenlo, respetables autoridades y médicos "expertos" a los que les "cuesta" encontrar la causa. Vamos a darles una pista: viene en viales sellados que han sido regalados a la población. Otra pista: se les ha aplicado a pesar de no contar con datos de seguridad adecuados y a pesar de no necesitarla. Por si no lo tienen claro todavía, ***el posible y plausible*** factor causal ***son las "vacunas" Covid-19***, que ya han comenzado a ser aplicadas en niños pequeños, pero que se ha aplicado con repetidas dosis a muchos padres y madres.

Un epidemiólogo que conozca bien su disciplina no se queda nada más con el "ah, pues ese es el factor que posiblemente tienen en común, así que esa es la causa inequívoca". Tiene que tener otras propuestas viables (y se tendrán que investigar), y para éstas debe de haber un mecanismo causal plausible, que sea biológicamente sólido. Y ayuda si hay evidencia clínica al respecto. Y ***para las "vacunas" Covid-19 hay esta*** evidencia ***y mecanismo plausible, cada vez se acumula más evidencia que es descaradamente ignorada***.

En el 2004, Weingartl y colaboradores publicaron un estudio en Journal of Virology en el que reportaron que ***los modelos animales (hurones) que recibieron la vacuna vectorizada rMVA (basada en la proteína Spike) contra SARS-CoV desarrollaron hepatitis fulminante***. De hecho, el párrafo final del resumen del estudio es (traducido del inglés): "***nuestros datos sugieren que la vacunación con el rMVA que expresaba la proteína S de SARS-CoV se asoció con hepatitis marcada***". ***Los hurones vacunados tenían niveles de ALT (una enzima hepática) muy altos tras el desafío con el virus y evidencia clínica de hepatitis severa***. ***Esto no se debió a la infección (sus vacunas tampoco detenían el contagio, por los mismos motivos que ya he explicado en varias ocasiones), ya que en el hígado de los animales, igual que en el "misterioso hepatitis" que está afectando niños ahora, no había ningún virus detectable***; ***el efecto fue marcado, severo, y solo presente en los animales vacunados***. Los autores, por ende, concluyen: "... ***nuestros datos sugieren que la vacunación basada en la proteína Spike de SARS-CoV puede conducir a daño hepático marcado luego de una infección con SARS-CoV***. Esta información es muy importante para el desarrollo de vacunas SARS seguras. ***Debe de tenerse una precaución especial en los ensayos humanos con las vacunas SARS dado el potencial***

de daño hepático de la inmunización y la posterior infección". Pues me parece que no se tuvo esa "precaución especial" porque a pesar de que este estudio fue leído y tomado en cuenta por la "Coalición para la Preparación de Epidemias" y el "Grupo Brighton" desde mayo de 2020 (ver el estudio de Lambert y colaboradores) no les pareció de importancia, y no les ha parecido de importancia a los ministros de salud, autoridades 'competentes', expertos, médicos y dentistas influencers, etc.

Es posible que se trate de algo ajeno a las "vacunas", por supuesto, que esos casos de hepatitis tengan otra causa, pero ***es poco probable que se trate de, por ejemplo, un agente tóxico ambiental o alimentario, dada la distribución de casos, la edad de los pacientes y la ausencia de agentes patógenos detectables***. Las preguntas claves que nadie parece estar preguntando más allá de aceptar lo que dice la nota es: ¿estaban "vacunados" esos niños contra Covid-19? ¿Estaban "vacunados" sus padres? (***recordemos que ya se hay*** evidencia científica ***de que la "vacuna" de ARNm contra Covid-19 genera la formación de*** exosomas ***que contienen Spike y que ésta circula en el organismo y eso implica que existe el potencial de que esa proteína (así como el ARNm que también se biodistribuye) afecte a otros, como niños lactantes, por ejemplo***). Esas preguntas requieren respuesta antes de que los arriba mencionados se aventuren a decir que "no tiene nada que ver con las vacunas". Es un acto irresponsable y francamente criminal, ignorar la potencial relevancia que podría tener la aplicación de estas "vacunas" para estos cuadros de "hepatitis misteriosa" y seguir alentando, motivando y azuzando a la población a que lleven a sus hijos a "vacunar".

Como mencioné antes, la mayoría de esos casos aumentaron en el Reino Unido. La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido ha anunciado que recientemente ha detectado ***tasas de inflamación del hígado (hepatitis) más altas de lo normal entre los niños, pero ha descartado los virus comunes que causan la hepatitis***, por lo que ha iniciado una investigación urgente. También se están evaluando casos similares en Escocia.

El primer lugar que deberían buscar es la inyección experimental Pfizer Covid-19 que se ha ofrecido a niños de hasta cinco años. ¿Por qué? Porque ***el propio*** estudio ***de Pfizer demuestra que la inyección de ARNm se acumula en el hígado y causa hepatitis***.

La hepatitis es una condición que afecta el hígado y puede ocurrir por varias razones, incluidas varias infecciones virales comunes en los niños. Sin embargo, ***en los casos bajo investigación no se han*** detectado ***los virus comunes que causan hepatitis***.

Se asumió que la proteína de punta de la "vacuna" Covid-19 permanecería en el sitio de la inyección, cuando la realidad dice algo muy diferente: un estudio de Pfizer, o un informe de una autopsia o un documento del regulador Japonés, muestran que este no es el caso y que las proteínas de pico circulan en el cuerpo después de la "vacunación" de ARNm Covid-19. Esto se sabe desde hace tiempo, al menos desde el 2017, por un estudio hecho con una vacuna de ARNm contra el

virus de Influenza A que estaba en etapa preclínica. También se sabe que la concentración más alta termina en el hígado:

"La mayor concentración media fuera del sitio de inyección se observó en el hígado, con valores de 27.916 µg equiv lípido/g (equivalente al 21.5% de la dosis) en machos y 30.411 µg equiv lípido/g (equivalente al 18.4% de la dosis) en hembras".

El estudio muestra que ***el contenido de la inyección de Covid-19 viaja desde el lugar de la inyección, a través del torrente sanguíneo y termina en varios órganos como el hígado, el bazo, las glándulas suprarrenales y los ovarios*** durante al menos 48 horas después de la inyección. En otro estudio de Pfizer, se encontró que ***el ARNm de la "vacuna" se biodistribuye rápidamente, logrando altas concentraciones en cerebro, pulmones, hígado, bazo y ovarios, entre otros y permanece, al menos,*** 96 horas. A pesar de la experiencia previa con el ARNm que degenera rápidamente, los hallazgos científicos indican que el ARNm de las "vacunas" Pfizer/BioNTech y Moderna, ***puede persistir en los ganglios linfáticos durante al menos 60 días después de la inyección*** y porque no se ha estudiado más allá. Esto es de extrema gravedad.

En el estudio, los animales que recibieron la inyección de BNT162b2, se observaron efectos hepáticos reversibles, que incluyen agrandamiento del hígado, vacuolización, aumento de los niveles de gamma-glutamil transferasa (γGT) y aumento de los niveles de aspartato transaminasa (AST) y fosfatasa alcalina (ALP). Los efectos hepáticos transitorios inducidos por los sistemas de administración de LNP se han informado anteriormente.

Aldén et al., del Departamento de Ciencias Clínicas de la Universidad de Lund, examinaron el efecto de BNT162b2 en una línea celular de hígado humano in vitro e investigaron si BNT162b2 se puede transcribir de forma inversa en ADN a través de mecanismos endógenos. Publicaron su artículo en Current Issues of Molecular Biology:

Los autores descubrieron que cuando la "vacuna" de ARNm de Pfizer ingresa a las células hepáticas humanas, activa el ADN de la célula que se encuentra dentro del núcleo para aumentar la producción de la expresión del gen LINE-1 para producir ARNm. Luego, el ARNm sale del núcleo y entra en el citoplasma de la célula, donde se traduce en la proteína LINE-1. Un segmento de la proteína llamado marco de lectura abierto-1, u ORF-1, luego regresa al núcleo, donde se une al ARNm de la "vacuna" y se transcribe de manera inversa en ADN de pico.

Al realizar el estudio, también encontraron ***proteínas de punta expresadas en la superficie de las células hepáticas que, según los investigadores, pueden ser atacadas por el sistema inmunitario y posiblemente causar hepatitis autoinmune, ya que "ha habido informes de casos de personas que desarrollaron hepatitis autoinmune después de la 'vacunación' BNT162b2"***.

Los autores se referían al primer caso informado de una mujer sana de 35 años que desarrolló hepatitis autoinmune una semana después de su primera dosis de la "vacuna" Pfizer Covid-19. Esto condujo a la realización de un estudio en el que los autores concluyeron que ***existe la posibilidad de que "los anticuerpos dirigidos por picos inducidos por la 'vacunación' también puedan desencadenar enfermedades autoinmunes en individuos predispuestos***".

Los investigadores Bril et al (2021), descubrieron que "los casos graves de infección por SARS-CoV-2 se caracterizan por una desregulación autoinflamatoria que contribuye al daño tisular", ***del que parece ser responsable la proteína de punta del virus***. También informaron que la histología reveló la ***presencia de eosinófilos***, que se observan con mayor frecuencia en lesiones hepáticas inducidas por fármacos o toxinas, aunque también se pueden encontrar en casos de hepatitis autoinmune.

Argumentaron que: "También ***es posible que podamos estar en presencia de una lesión hepática inducida por medicamentos relacionada con la 'vacuna' con características de hepatitis autoinmune***. Síntomas desarrollados 6 días después de la 'vacunación', que instintivamente aparece como un período corto de tiempo. Sin embargo, se han observado períodos de latencia después de la 'vacunación' de solo días en informes anteriores".

Un nuevo estudio, publicado el 21 de abril de 2022, concluyó que ***la "vacunación" contra la Covid-19 puede provocar una hepatitis dominante de células T CD8***. El resumen del estudio dice lo siguiente: "Se han descrito episodios de hepatitis autoinmune después de la infección y 'vacunación' por SARS-CoV-2, pero su fisiopatología sigue sin estar clara. Aquí, informamos el caso de un hombre de 52 años que presenta episodios bimodales de hepatitis aguda, cada uno de los cuales ocurre 2-3 semanas después de la 'vacunación" con ARNm de BNT162b2 y tratamos de identificar los correlatos inmunitarios subyacentes".

Los resultados fueron los siguientes:

"El análisis del tejido hepático reveló un infiltrado inmune dominado cuantitativamente por células T CD8 citotóxicas activadas con distribución panlobular. También se observó un enriquecimiento de células T CD4, células B, células plasmáticas y células mieloides en comparación con los controles. El infiltrado intrahepático mostró enriquecimiento de células T CD8 con especificidad por SARS-CoV-2 en comparación con la sangre periférica.

En particular, la gravedad de la hepatitis se correlacionó longitudinalmente con un fenotipo citotóxico activado de células T CD8+ específicas de SARS-CoV-2 periféricas, pero no de células T CD8+ específicas de EBV o inmunoglobulinas inducidas por la vacuna".

Concluyeron lo siguiente:

"***La 'vacunación' contra la Covid-19 puede provocar una hepatitis mediada por el sistema inmunitario*** dominante de células T distinta con un mecanismo patológico único asociado con la inmunidad residente en tejidos específica de antígeno ***inducida por la 'vacunación' que requiere inmunosupresión sistémica***".

En términos sencillos, lo que los científicos descubrieron es que ***la inflamación del hígado (hepatitis) puede ocurrir en algunas personas después de la "vacunación" y*** comparte ***algunas características típicas con la enfermedad hepática autoinmune***.

Esto es causado ***por células T altamente activadas (también llamadas linfocitos T, un tipo de leucocito [glóbulo blanco] que es una parte esencial del sistema inmunitario) que se acumulan en las diferentes áreas del hígado***.

Dentro de estas células T que se infiltran en el hígado hay un enriquecimiento de células T que son reactivas ***al SARS-CoV-2, lo que*** sugiere ***que las células inducidas por la "vacuna" Covid-19 están contribuyendo a la inflamación del hígado***.

En el estudio de caso presentado por Kawasaki y colaboradores, la paciente afectada, una chica sana de 15 años, sin ningún padecimiento médico, y ningún historial de reacciones adversas a ninguna vacuna en su vida, presentó fiebre alta y dolor de cabeza a las 8 horas después de haber recibido la inoculación BNT162b2 (Pfizer/BioNTech). Los síntomas de la paciente duraron cinco días a pesar del tratamiento y tuvo que ser hospitalizada durante cinco días adicionales. Presentó signos clínicos de hepatotoxicidad, leucopenia (es decir, bajo número de glóbulos blancos en sangre) y trombocitopenia (bajo número de plaquetas en sangre). Su caso se suma al creciente número de reportes de hepatitis post-inoculación.

Por querer protegerse de una infección que en ese grupo de edad ocasionaría con casi total probabilidad un cuadro leve con duración típica de tres a cinco días, a la que generamos inmunidad protectora de forma natural a nivel mucosal y a nivel sistémico de forma que evita reinfecciones, contagios a otros, y enfermedad futura con las distintas variantes del virus, y que puede tratarse efectivamente en casa con diversos fármacos antiinflamatorios e inmunomoduladores y con antioxidantes, ***una adolescente sana*** resultó ***hospitalizada con hepatotoxicidad y riesgo de daño endotelial y trombosis***.

¿Para qué jugar con la 'Ruleta Rusa' de la inoculación contra Covid-19 cuando los adolescentes y niños tienen tan bajo riesgo de enfermar gravemente y aún más bajo riesgo de morir si se infectan de SARS-CoV-2? ¿Para qué?

Veamos la constatación documental de lo expuesto anteriormente, empleando documentos que las farmacéuticas utilizaron para solicitar la autorización de uso de emergencia y que en conjunto con las pruebas científicas, demuestran que es altamente probable que las hepatitis sean consecuencia directa de las "vacunas"

antiCovid ya que prueban que se produce una distribución de componentes peligrosos de las "vacunas" en el hígado, además de probar también otras cosas que constatan la peligrosidad de los sueros experimentales; por ejemplo, la ausencia de determinados estudios básicos sobre la seguridad o la confirmación del grave impacto en otros órganos principales:

Como mencioné antes, el estudio de biodistribución de la "vacuna" Pfizer de la agencia reguladora japonesa muestra ***que el contenido de la inyección de Covid-19 viaja desde el lugar de la inyección, a través del torrente sanguíneo y termina en varios órganos como el hígado, el bazo, las glándulas suprarrenales y los ovarios durante al menos 48 horas después de la inyección***. En los animales que recibieron la inyección de BNT162b2, ***se*** observaron ***efectos hepáticos reversibles, que incluyen agrandamiento del hígado, vacuolización, aumento de los niveles de gamma-glutamil transferasa (γGT) y aumento de los niveles de aspartato transaminasa (AST) y fosfatasa alcalina (ALP)***.

Además de esto, Judicial Watch recibió 466 páginas de registros del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) con respecto a estudios de biodistribución y datos relacionados para las "vacunas" Covid-19 que muestran información relevante sobre un componente clave de la "vacuna" desarrollada por Pfizer/BioNTech; se encontraron ***nanopartículas lipídicas (LNP) fuera del lugar de la inyección, principalmente en el hígado, las glándulas suprarrenales, el bazo y los ovarios de los animales de prueba, entre ocho y 48 horas después de la inyección***.

Es importante conocer que la "vacuna" Covid basada en ARNm de Pfizer/BioNTech se basa en LNP como sistema de administración. Pfizer dijo en un comunicado de prensa del 10 de enero de 2022 que la tecnología LNP de Acuitas Therapeutics se usa en COMIRNATY, la "vacuna" Pfizer/BioNTech Covid-19.

Judicial Watch también recibió 663 páginas de registros del HHS sobre estudios de biodistribución y datos relacionados para las "vacunas" contra la Covid-19, que muestran que Johnson & Johnson se basó en estudios que ***mostraban que las partículas de ADN de la "vacuna" y las partículas de virus inyectadas aún estaban presentes en los animales de prueba meses después de la inyección***.

Los registros también muestran que Johnson & Johnson, como parte de su presentación ante la FDA para la aprobación de su "vacuna" Covid, ***no incluyó estudios de la proteína de punta codificada en la "vacuna" J&J***.

Judicial Watch obtuvo los registros en respuesta a una demanda de la Ley de Libertad de Información (FOIA, por sus siglas en inglés) (Judicial Watch v. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas no respondieron a una solicitud de FOIA del 8 de junio de 2021.

Los registros de Pfizer incluyen un informe, que se aprobó en febrero de 2021, sobre los ensayos en animales y sobre la distribución de la "vacuna" Pfizer Covid en ratas, en una sección titulada "Farmacología de seguridad", el informe señala: "***No se realizaron estudios de farmacología de seguridad***" con BNT162b2 [la "vacuna" BioNTech] ya que no se consideran necesarios para el desarrollo de vacunas según la guía de la OMS (OMS, 2005)". De manera similar, en "Interacciones farmacodinámicas de medicamentos", se encuentra: "***No se realizaron estudios no clínicos que evaluaran las interacciones farmacodinámicas de medicamentos con BNT162b2***, ya que generalmente no se consideran necesarios para respaldar el desarrollo y la autorización de productos de vacunas para enfermedades infecciosas (OMS, 2005)".

Este informe de Pfizer señala que cuando se inyectaron en ratas nanopartículas lipídicas (LNP) "con una composición comparable" a la utilizada en la "vacuna" Pfizer Covid, "***la recuperación total (% de la dosis inyectada) de LNP fuera del sitio de inyección fue*** mayor ***en el hígado y mucho menos en el bazo, las glándulas suprarrenales y los ovarios***". … "en resumen" … "***la LNP se*** distribuye ***al hígado***". En el análisis detallado, el informe afirma: "***Durante 48 horas, la LNP se distribuyó principalmente al hígado, las glándulas suprarrenales, el bazo y los ovarios, con concentraciones máximas observadas entre 8 y 48 horas después de la dosis. La recuperación total (% de la dosis inyectada) de LNP, para animales machos y hembras combinados, fuera del sitio de inyección fue mayor en el hígado (hasta un 18 %)…***"

Este mismo estudio de Pfizer/BioNTech señala: "***No se planean estudios de genotoxicidad para BNT162b2 [la 'vacuna' contra la Covid de Pfizer/BioNTech] ya que los componentes de las construcciones de la 'vacuna' son lípidos y ARN y no se espera que tengan potencial genotóxico (OMS, 2005)***". Del mismo modo, "***no se han realizado estudios de*** carcinogenicidad ***con BNT162b2 ya que los componentes de la construcción de la vacuna son lípidos y ARN y no se espera que tengan potencial carcinogénico o tumorigénico***".

La conclusión del estudio comienza: "El programa no clínico demuestra que BNT162b2 es inmunogénico en ratones, ratas y primates no humanos, y los estudios de toxicidad respaldan la autorización de esta vacuna". El informe señala que también se estaban probando "vacunas de refuerzo" en los animales del ensayo. Además, "***los hallazgos microscópicos relacionados con la 'vacuna' al final de la dosificación de BNT162b2 fueron*** evidentes ***en los sitios de inyección y los tejidos circundantes, en los ganglios linfáticos ilíacos de drenaje, la médula ósea, el bazo y el hígado***".

También se incluye en los registros de Pfizer un informe, aprobado en enero de 2021, titulado "Resumen tabulado de farmacocinética". Una tabla en el informe muestra ***la biodistribución de nanopartículas lipídicas que contienen ARNm utilizadas en la "vacuna" utilizando ratas como sujetos del ensayo clínico e informa que los LNP se acumulan después de 48 horas,***

especialmente en los ganglios linfáticos, los ovarios, el intestino delgado y el bazo.

Un resumen de un estudio, aprobado en noviembre de 2020, sobre la distribución del ARNm de LNP en ratas, patrocinado por Acuitas Therapeutics, señala que ***las concentraciones del ARNm de LNP registraron "niveles máximos en el plasma entre 1 y 4 horas después de la dosis y distribución principalmente en hígado, glándulas suprarrenales, bazo y ovarios durante 48 horas. La recuperación total de radiactividad fuera del sitio de inyección fue mayor en el hígado, con una recuperación total mucho menor en el bazo y una recuperación muy pequeña en las glándulas suprarrenales y los ovarios. Las concentraciones medias en plasma, sangre y tejidos y los patrones de distribución en los tejidos fueron muy similares entre los sexos y... no se asociaron con los glóbulos rojos***".

Un apéndice "Confidencial" de septiembre de 2020, en relación a los estudios de ensayos clínicos presentados para la "vacuna" Pfizer/BioNTech Covid (BNT162b2), titulado "Justificación de la ausencia de estudios en el Módulo 4 de CTD (parte de 2.4)" señala bajo "Farmacología de seguridad" que: "***No se realizaron estudios de farmacología de seguridad ya que no se consideran necesarios según la guía de la OMS*** (OMS, 2005)."

Y bajo "Interacciones farmacodinámicas de medicamentos", está escrito: "***No se realizaron estudios no clínicos que evaluaran las interacciones farmacodinámicas de medicamentos, ya que generalmente no se consideran necesarios para respaldar el desarrollo y la autorización de productos de vacunas para enfermedades infecciosas (OMS, 2005)***".

Bajo el título "Genotoxicidad", está: "***No se planean estudios de genotoxicidad para BNT162b2 ya que los componentes de las construcciones de la 'vacuna' son lípidos y ARN que no se espera que tengan potencial genotóxico (OMS, 2005)***".

Con respecto a la "Carcinogenicidad (incluidas las evaluaciones de toxicocinética de apoyo)" está escrito:

"***No se han realizado estudios de carcinogenicidad con BNT162b2 ya que los componentes de las construcciones de la 'vacuna' son lípidos y ARN que no se espera que tengan potencial carcinogénico o tumorigénico***. Las pruebas de carcinogenicidad generalmente no se consideran necesarias para respaldar el desarrollo y la autorización de productos de vacunas para enfermedades infecciosas (OMS, 2005)".

En un estudio "Confidencial" de Pfizer, aprobado en abril de 2020, que analizó cuatro variantes de la "vacuna" Covid, la compañía probó una "vacuna" con una cadena de ARN "que se autoamplifica al ingresar a la célula". "Codifica la ARN polimerasa dependiente de ARN del virus de la encefalitis equina venezolana (EEV) (RDRP o replicasa)".

Los registros de Johnson & Johnson incluyen un estudio de 2007 sobre la biodistribución de una vacuna viral basada en adenovector administrada por vía intramuscular utilizando conejos blancos de Nueva Zelanda, que mostró que ***la "vacuna" se acumuló en "el bazo, el ganglio linfático ilíaco y el músculo en el sitio de inyección"***.

Una tabla de biodistribución incluida como apéndice del estudio con conejos de 2007 mostró que ***las partículas de ADN de la "vacuna" todavía estaban presentes en los ganglios linfáticos ilíacos 91 días después de la inyección***.

Un gráfico de datos farmacocinéticos de un informe de noviembre de 2020 de un estudio sobre "VAC31518 JNJ-78436735", la "vacuna" de Johnson & Johnson, en conejos muestra ***la recolección de las partículas virales inyectadas en el bazo y los ganglios linfáticos ilíacos hasta tres meses después, así como partículas que se encuentran en la piel y el músculo en el lugar de la inyección***.

En un informe presentado a la FDA el 4 de noviembre de 2020 con respecto a la "vacuna" contra la Covid de Johnson & Johnson, los autores analizan el estudio en conejos de Nueva Zelanda de 2007 en el que se prueba la vacuna con vector de adenovirus, pero señalan que "***No se han realizado estudios de farmacocinética o biodistribución". con AD26.COV2.S específicamente***".

El informe señala ***que el metabolismo, la excreción y las interacciones farmacocinéticas con otros medicamentos no se estudiaron en este ensayo porque "no son aplicables a las vacunas". También se señala que 'no se han realizado estudios de biodistribución con Ad26.COV2.S'***".

Una tabla en el informe muestra que ***el virus de la "vacuna" siguió apareciendo en los ganglios linfáticos ilíacos de los conejos 180 días después de la inyección***.

Un "Resumen escrito de farmacocinética" de junio de 2020 para las "vacunas" contra la Covid-19 de Johnson & Johnson señala que:

"Ad26COVS1 (también conocido como VAC31518 o JNJ-78436735) es una vacuna monovalente recombinante de adenovirus de replicación incompetente tipo 26 (Ad26) vectorizada que codifica una proteína Spike del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2)... ***No se han realizado estudios farmacocinéticos específicos con Ad26COVS1***. Sin embargo, para evaluar la distribución, la persistencia y la eliminación del vector Ad26 (plataforma), se realizaron estudios de biodistribución en conejos utilizando otras dos vacunas basadas en Ad26 que codifican [eliminado] y [eliminado] antígenos…. ***Los resultados de biodistribución disponibles se consideran suficientes para informar sobre el perfil de biodistribución de Ad26COVS1, para el cual se utiliza la misma columna vertebral del vector Ad26***".

Estos documentos muestran por qué a muchos ciudadanos del mundo, les preocupa si las nuevas "vacunas" Covid que se desarrollaron a un ritmo tan acelerado se probaron de manera adecuada y exhaustiva.

Los voceros del sistema se han apresurado a decir que las inyecciones Covid no tienen nada que ver con los casos de hepatitis, antes incluso de que los expertos se pronuncien definitivamente, pero la realidad parece mostrar indicios fundamentados de todo lo contrario. ***En primer lugar porque el síndrome Covid, que afecta con mucha frecuencia al hígado, puede*** producirlo ***simplemente la proteína espiga del SARS-CoV-2***, ***como muestran numerosos estudios, y dicha proteína es en la que se basan todas las inyecciones Covid, especialmente las génicas. En segundo lugar porque hay ya una buena cantidad de publicaciones científicas en las que se*** demuestra ***que dichas inyecciones producen hepatitis***. ***Y en tercer lugar porque esta "nueva hepatitis infantil"*** aparece ***justamente después de que muchos niños hayan sido "vacunados" innecesariamente con estos perjudiciales fármacos transgénicos***.

Se podrá argumentar que no todos los niños que han sufrido esta hepatitis severa estarían "vacunados" con Pfizer-Biontech, ya que también se han dado casos en menores de cinco años, pero ***es curioso que se*** asocie ***un adenovirus a dichos casos y que sea especialmente en el Reino Unido donde más casos se han dado de esta nueva hepatitis. Pues bien, es precisamente en Reino Unido donde más se ha*** puesto ***la "vacuna" Covid de AstraZeneca, incluso en niños, ya que es de diseño británico y que dicha "vacuna" está*** basada ***en un adenovirus recombinante de chimpancé que codifica la proteína espiga (Spike). Estos virus transgénicos resultan muy*** peligrosos***, precisamente por su capacidad de recombinarse con otras secuencias génicas y volverlas tóxicas para las células, siendo además*** transmisibles ***a otros individuos, especialmente si mantienen con ellos un estrecho contacto, por este motivo es imperioso*** investigar ***si los padres o familiares directos de estos niños enfermos de hepatitis recibieron también la inyección de AstraZeneca***.

A este respecto, según el segundo "Informe técnico" de UKHSA, a 3 de mayo de 2022 se habían identificado 163 casos de la misteriosa hepatitis en niños menores de 16 años en el Reino Unido desde el 1 de enero de 2022.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) afirma en su segundo informe técnico sobre el asunto que "las siguientes hipótesis están siendo probadas activamente por las investigaciones en proceso":

- Una infección normal por adenovirus
- Una nueva variante de adenovirus
- Un síndrome de SARS-CoV-2 posinfeccioso
- Una droga, toxina o exposición ambiental

- Un nuevo patógeno que actúa solo o como una coinfección
- Una nueva variante del SARS-CoV-2

El adenovirus es actualmente el virus más común detectado en todos los niños examinados que han desarrollado hepatitis aguda, lo que lleva a las autoridades a creer que el adenovirus es la causa más probable. Sin embargo, la UKHSA afirma que el adenovirus solo se detectó en el 72% de los 126 niños analizados, por lo que no explica el otro 28%.

En el espacio de dos semanas, la UKHSA pasó de afirmar que no hay absolutamente ningún vínculo con las inyecciones antiCovid-19 porque ninguno de los niños ha sido "vacunado", a afirmar que no hay evidencia de ningún vínculo con la inyección contra Covid-19 y solo los niños menores de 5 años no han sido "vacunados".

Pero si la UKHSA y los organismos de Salud Pública de todo el mundo aplicaran el mismo entusiasmo para explorar la posibilidad de que las inyecciones antiCovid-19 pudieran ser las culpables, ya que han tratado de demostrar que los casos de hepatitis misteriosa están relacionados con la Covid-19 (a pesar de solo el 18% de los niños que padecen hepatitis en el Reino Unido dan positivo por SARS-CoV-2), entonces realmente encontrarían que hay una gran cantidad de evidencia que sugiere que la causa raíz de este problema nuevo y emergente es, de hecho, la "vacuna" Covid-19.

Sin ser definitiva, más detalladamente, la teoría actual, curiosamente, es que ese supuesto adenovirus que ahora circula, ha nacido de la "vacuna" de AstraZeneca. Lo que sugeriría que la FDA suspendió el pinchazo de Janssen para evitar que hiciera exactamente lo mismo. Pero eso no significa que el pinchazo de J&J no sea el verdadero culpable.

La teoría detrás del virus de AstraZeneca que se vuelve rebelde es que el virus contenido en la "vacuna" se combina con el gen E1 de otro adenovirus circulante, de los cuales hay muchos. El resultado es un virus ChAdOx1 replicante. (Se puede encontrar una gran cantidad de información científica y razonamiento sobre la teoría aquí).

Debido a que la mayoría de las personas han estado expuestas a los adenovirus durante toda su vida, serán inmunes. Pero los niños pequeños que se han visto obligados a quedarse en casa durante los últimos dos años ahora se ven afectados por un adenovirus peligroso en la primera exposición.

No obstante, la agencia de salud de la ONU, dijo lo siguiente: "Si bien el adenovirus es una hipótesis plausible como parte del mecanismo de patogénesis, se están llevando a cabo más investigaciones para el agente causal; ***la infección por adenovirus (que generalmente causa infecciones gastrointestinales o respiratorias autolimitadas leves en niños pequeños) no explica completamente el cuadro clínico más grave observado con estos casos***".

Aquí tenemos un vídeo muy interesante de la Dra. Karina Acevedo, hablando sobre los casos de hepatitis en menores.

El médico de familia Joseph Mercola señala en un reciente artículo que "***los posibles vínculos con las inyecciones antiCovid-19 parecen no haber sido explorados aún de forma amplia, a pesar de que las inyecciones se han asociado previamente con el desarrollo de la hepatitis***".

Respecto de la hipótesis del adenovirus como la posible causa, Mercola cita las palabras del doctor Wes Stubblefield, funcionario médico de distrito del Departamento de Salud Pública de Alabama, donde se registraron nueve casos de hepatitis grave: "***Esto es inusual. Este virus no se ha asociado, en el pasado, con esta constelación de signos, síntomas y lesiones***".

"***Otros también han descartado esta teoría, ya que los adenovirus son extremadamente comunes en los niños, lo que significa que es muy posible que puedan dar positivo en las pruebas de adenovirus, sin que sean la causa de la hepatitis***", agrega Mercola.

Como contrapartida, este médico cita un informe de un caso que involucra a un hombre de 47 años, previamente sano, "***que demostró una evidencia concluyente de que las inyecciones contra la Covid-19 pueden desencadenar la hepatitis***".

En el Journal of Hepatology de octubre de 2021, los investigadores escribieron al respecto: "***La hepatitis inmunomediada por la "vacuna" Moderna no es una coincidencia, sino que está confirmada***".

Los investigadores explicaron: "***El patrón de lesión en la histología fue consistente con la hepatitis aguda, con características de hepatitis autoinmune o posible lesión hepática inducida por medicamentos (DILI), desencadenando una hepatitis de tipo autoinmune***".

"Este caso ilustra una hepatitis inmunomediada secundaria a la vacuna Moderna, que al volver a exponerse inadvertidamente provocó un empeoramiento de la lesión hepática con alteración de la función sintética. Esto ocurrió en un hombre sano sin otros problemas médicos. La aparición de la ictericia asociada a la vacuna de ARNm fue inusualmente rápida", añaden en la publicación los autores".

El informe del caso anterior no es un hecho aislado, resalta Mercola. El artículo de la revista Journal of Hepatology señala que se han notificado otros siete casos de presunta hepatitis inmunomediada tras la administración de la "vacuna" Covid-19, tanto de Pfizer como de Moderna.

Los investigadores esperan concienciar a la población para que ***los centros de "vacunación" comprueben de forma rutinaria los signos de hepatitis inmunomediada antes de administrar las segundas dosis*** y afirman: "El seguimiento a largo plazo de los individuos identificados será esencial para determinar el pronóstico de esta lesión hepática inmunomediada".

Mercola hace referencia además a otra carta al editor, publicada en el Journal of Hepatology en junio de 2021, en la que los investigadores volvieron a plantear la preocupación de que las inyecciones de covid-19 pudieran causar hepatitis. En este caso, una mujer de 56 años desarrolló una hepatitis autoinmune grave tras su primera dosis de la inyección de covid-19 de Moderna.

Anteriormente, en abril de 2021, los investigadores también describieron un caso de hepatitis autoinmune que se desarrolló tras una inyección contra Covid-19, esta vez en una mujer de 35 años tres meses después de haber dado a luz. "***En la hepatitis autoinmune, el sistema inmunológico del cuerpo ataca por error al hígado, causando inflamación y daño, y es posible que la inyección desencadenara la autoinmunidad a través de anticuerpos dirigidos por la proteína espiga***", detalla Mercola.

Por su parte, el doctor Elias Alexander cita en un texto de su autoría un artículo de investigadores alemanes publicado también en el Journal of Hepatology en el que concluyen que ***la "vacunación" contra la Covid-19 puede provocar una hepatitis inmunomediada con predominio de células T, con un patomecanismo único asociado a la inmunidad tisular específica del antígeno inducida por la vacunación, requiriendo inmunosupresión sistémica***.

En el artículo se refieren al caso de un hombre de 52 años, que presenta episodios bimodales de hepatitis aguda, ***cada uno de los cuales se produce 2 a 3 semanas después de la "vacunación" con ARNm BNT162b2***.

Los autores del artículo resumen: "La inflamación del hígado se observa durante la infección por el SARS-CoV-2, pero también puede producirse en algunos individuos tras la 'vacunación' y comparte algunas características típicas con la enfermedad hepática autoinmune". "***En este informe, mostramos que las células T altamente activadas se acumulan y se distribuyen uniformemente en las diferentes áreas del hígado en un paciente con inflamación hepática después de la 'vacunación' contra el SARS-CoV-2***", finalizan.

Ya hemos probado que, científicamente, pueden ser consecuencia de las inoculaciones. Aun así, si aceptamos la hipótesis del adenovirus (ver también el apartado del informe titulado: "Consecuencias para niños y adolescentes"):

La agrupación "Health Advisory and Recovery Team" (HART), que nuclea a médicos, científicos, psicólogos, economistas y otros expertos de Reino Unido, señaló:

"Los adenovirus son virus comunes que suelen causar una serie de síntomas relativamente leves en niños sanos, como vómitos, diarrea, conjuntivitis y síntomas de resfriado. ***Los adenovirus se han relacionado anteriormente con la hepatitis, pero casi todos los casos se han producido en personas gravemente inmunodeprimidas"***, resaltan desde HART, para luego preguntar:

"¿Los niños que desarrollan hepatitis están ahora inmunocomprometidos de alguna manera, y si es así, por qué mecanismo?".

Los expertos de la agrupación británica indican que ya en junio de 2020 ***se advirtió durante los confinamientos que la restricción de la interacción entre los niños, y la consiguiente reducción de la exposición a la gama normal de virus, podría tener efectos nocivos, creando una "deuda inmunitaria" que tendría que ser "reembolsada" con el tiempo***. De hecho, ya en marzo del año pasado HART había manifestado su preocupación al respecto de la siguiente manera: "***A los científicos de HART nos preocupa que esto pueda dar lugar a una disminución de la inmunidad a la gripe y a otros patógenos respiratorios, tras un año en el que la población ha estado muy poco expuesta. Ya hay pruebas de ello en Australia, donde se ha observado un fuerte aumento de las infecciones por el virus sincitial respiratorio (VSR) en niños pequeños en una época del año poco habitual. El sistema inmunitario de un niño no está completamente desarrollado hasta los 6-7 años de edad, y la exposición a patógenos durante esos primeros años ayuda a formar la capacidad de un individuo para hacer frente a los patógenos comunes que circulan en la población***".

"La opinión de HART es que ***esto demuestra otro daño potencial de los encierros prolongados y las medidas de distanciamiento social que no ha sido evaluado adecuadamente. Cuanto más tiempo permanezca la población sin exponerse a los agentes patógenos comunes, mayor será el riesgo que esto supone***", escribían en aquel entonces.

"***También se cree que este fenómeno fue la causa de que el pasado invierno se produjeran en Nueva Zelanda infecciones por el VSR más graves de lo habitual***", agregan.

En relación con los últimos reportes de hepatitis, especialmente en el caso de los niños más pequeños afectados, desde HART destacan que "***una parte sustancial del periodo de lactante/niño pequeño (especialmente importante para la maduración del sistema inmunitario) ha transcurrido con una interacción reducida***".

Los autores de un artículo publicado en Eurosurveillance en el que se revisan los casos de hepatitis en Escocia proponen esta causa potencial: "En el momento de la publicación, las principales hipótesis se centran en el adenovirus, ya sea una nueva variante con un síndrome clínico distinto o una variante que circula habitualmente y que está afectando más gravemente a los niños más jóvenes que son inmunológicamente débiles. ***Esta última hipótesis puede ser el resultado de la interacción social*** restringida ***durante la pandemia de Covid-19***".

Los especialistas de HART ponen de manifiesto que esto se enlaza con un tema más amplio que ha caracterizado las políticas de casi todos los gobiernos en su respuesta a la pandemia: ***la*** incapacidad ***de considerar la casi certeza de las consecuencias no deseadas***.

"Las sociedades y las estructuras que garantizan una atención sanitaria adecuada, la educación y la estabilidad política y económica, son increíblemente sofisticadas, al igual que los sistemas corporales humanos que mantienen y regulan nuestra salud, incluido el complejo y potente, pero relativamente poco conocido, sistema inmunitario. ***Lo único seguro de la* alteración masiva *de estos sistemas es que habrá efectos imprevisibles de segundo y tercer orden. El error clave al anular toda la planificación previa de la pandemia y precipitarse en los cataclismos sin precedentes que presenciamos, fue no considerar la probabilidad de que se* produjeran *estos efectos y los daños extremos que inevitablemente se producirían***", finalizan.

En tanto, según informó el Daily Mail, la directora de infecciones clínicas y emergentes de la UKHSA, la doctora Meera Chand, dijo en el Congreso Europeo de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas que ***los niños más pequeños se estaban infectando por el adenovirus, ya que no habían estado* expuestos *a él "durante las etapas formativas que han pasado durante la pandemia"***.

"***La cuestión es lo que hemos hecho con los confinamientos. Hemos perturbado masivamente la forma en que interactuamos entre nosotros y, en consecuencia, hemos interrumpido los microorganismos y la forma en que nos contagiamos unos a otros***", afirmó por su parte la patóloga Clare Craig en una entrevista con The Epoch Times.

También es posible que las mascarillas estén causando el daño hepático en los niños. Consideremos lo siguiente:

Un informe publicado en el sitio web Science Direct postula que, las mascarillas pueden liberar una gran cantidad de nanoplásticos y microplásticos. ***Se* detectaron *microplásticos de mascarillas en la mucosidad nasal de los usuarios de mascarillas, lo que sugiere que pueden inhalarse mientras se usan***.

En otro informe publicado en el sitio web Science Direct , los autores concluyen que "***el microplástico de 0.1 μm podría entrar en los hepatocitos (células que constituyen el 80% de la masa del hígado) desde la circulación y causar* daño *hepático incluso a una concentración baja***".

Los estudios han demostrado que los niños son más susceptibles a los contaminantes del aire que los adultos. ". . . los niños toman más aire por unidad de peso corporal a un nivel dado de esfuerzo que los adultos. Cuando un niño hace ejercicio a niveles máximos, como durante un partido de fútbol u otro evento deportivo, ***puede* absorber *entre un 20 y un 50% más de aire, y más contaminación del aire, que un adulto en una actividad comparable***".

Otra posibilidad es el desprendimiento de la proteína Spike (ver los apartados "Shedding" y "Vacunas autotransmisibles"):

Un estudio de preimpresión, aún no revisado por pares, de la Universidad de Colorado proporciona ***evidencia de transferencia de anticuerpos en aerosol entre personas "vacunadas" y no "vacunadas" contra Covid***. En otras palabras, ***evidencia de*** transmisión ***de "vacunas" de persona a persona o lo que algunos pueden llamar "desprendimiento de vacunas"***. Se publicó en medRxiv el 1 de mayo de 2022. Se propuso investigar si los constituyentes de los fluidos nasales u orales, que no sean partículas infecciosas, pueden transmitirse entre "huéspedes".

Los niños no "vacunados" que viven cerca de adultos "vacunados" pueden sufrir ***los efectos secundarios de la "vacuna" a través de un proceso de eliminación de proteínas***.

El desprendimiento de proteínas de pico que afecta a las no "vacunadas" ganó fuerza después de que miles de informes de mujeres sin "vacunas" que experimentaron ciclos menstruales irregulares después de estar cerca de las "vacunadas".

El Dr. Lawrence Palevsky, pediatra certificado por la junta que ejerce en Nueva York , dijo, ". . . lo que hemos estado viendo es un aumento masivo en aquellos que han recibido la inyección de problemas de coagulación de la sangre, abortos espontáneos, mortinatos, infertilidad, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, enfermedades autoinmunes y muerte, solo por nombrar algunos, y eso está en los que han sido inyectados. Entonces, ciertamente debería haber sospechas cuando ves a personas alrededor de las personas inyectadas que no han sido inyectadas que tienen los síntomas típicos de Covid además de abortos espontáneos, sangrado, ciclos menstruales irregulares; debería generar una sospecha muy, muy fuerte". El Dr. Palavsky continuó, ". . . lo que estamos viendo es que las mujeres que están cerca de otras personas que han sido inyectadas están teniendo la misma experiencia [abortos espontáneos y mortinatos], lo que tiene que despertar la sospecha de que el ARN mensajero no solo hace que el cuerpo produzca picos de proteína de forma continua , pero esa proteína de punta probablemente se está desprendiendo del aliento de saliva, la piel. . ."

En una declaración de posición, America's Frontline Doctors escribió: "Se han informado casos en todo el mundo de pericarditis, culebrilla, neumonía, coágulos de sangre en las extremidades y el cerebro, parálisis de Bell, sangrado vaginal y abortos espontáneos en personas que están cerca de personas que han sido 'vacunadas'".

Entonces, ***es posible que estemos viendo eventos adversos*** causados ***por la "vacuna" en niños no "vacunados" que viven con padres "vacunados"***.

El aumento reciente y repentino del daño hepático y la hepatitis en los niños parece estar afectando también a los que tienen entre 1 mes y 4 años de edad. Lo que no le están diciendo al público es que la mayoría de ellos, ***son niños que*** son amamantados y que han sido amamantados activamente (en los últimos 12 meses)***. Los niños no están "vacunados", pero las madres*** lactantes (en el 100% de los casos) ***han sido "vacunadas" con al menos 2 dosis***. También

debemos tener en cuenta que ***los estudios* muestran *que las madres que amamantan sufrieron tasas de reacciones adversas del 60%***.

La incidencia de hepatitis también afecta al grupo de edad de 11 a 16 años, y ***la mayoría de los casos en ese grupo han sido "*vacunados*" con al menos una dosis***.

Problemas neurológicos y de coagulación

Problemas cardiacos, hepatitis y también podemos agregar daño cerebral neurológico y formación de coágulos a la lista de efectos secundarios que se informan en los niños después de las "vacunas" contra la Covid-19; incluso en un caso, una menor desarrolló tres condiciones al mismo tiempo:

En un estudio de caso publicado a principios de este mes (mayo de 2022) en el Journal of Neuroimmunology, ***una niña de 15 años desarrolló encefalopatía, miocarditis y trombocitopenia simultáneamente después de la segunda dosis de la "vacuna" Pfizer Covid-19***.

Según demostró un estudio importante en la revista médica Vaccines, la trombosis venosa cerebral (TVC) que es una condición de coagulación de la sangre, que puede causar un daño neurológico grave, ***está* significativamente asociada *con la "vacunación" contra la Covid-19 que emplea ARNm como plataforma*** (es decir, Pfizer y Moderna).

El equipo de investigación analizó 1 154 023 informes de eventos adversos de más de 130 países registrados en VigiBase, la base de datos global de la Organización Mundial de la Salud, y encontró una "señal de seguridad potencial para la aparición de TVC después de la 'vacunación' antiCovid-19 utilizando plataforma de ARNm".

Los autores señalan que ***muchos informes se produjeron en personas más jóvenes y las condiciones eran graves***: "Las TVC se informaron comúnmente en pacientes de 18 a 44 años y de 45 a 64 años, con mayor frecuencia en mujeres, y principalmente en Europa y América… ***Más del 90% de los pacientes estaban en estado grave, y el 33% no se recuperó o murió***".

Los investigadores tienen en cuenta el subregistro para producir estimaciones de un mayor riesgo por encima de una línea de base: alrededor de 3.5 veces mayor riesgo ***para las inyecciones de ARNm y*** siete veces mayor riesgo ***para AstraZeneca. Esto* significa *que el riesgo de TVC derivado de las inyecciones de ARNm, es bastante alto, y el derivado de la AstraZeneca es aún peor***.

También descubrieron que ***la TVC después de la "vacunación" con ARNm es alrededor de un tercio de la mortalidad que sigue a la "vacunación" con AstraZeneca. Esto* significa *que las "vacunas" de ARNm conducen a TVC mortal alrededor de una sexta parte que AstraZeneca, lo que puede***

explicar ***por qué la condición está particularmente asociada con la inyección de AstraZeneca aunque las otras también son muy peligrosas***.

¿Cómo se comparan los informes de daño cerebral después de las “vacunas” Covid-19 con la tasa de daño cerebral informado con todas las demás vacunas administradas durante los 30 años anteriores al lanzamiento de las inyecciones experimentales de Covid-19?

Para desarrollar una línea de base, buscamos en VAERS todos los casos que informaron "encefalopatía" después de la “vacunación”. “Encefalopatía” es un término para “cualquier enfermedad difusa del cerebro que altera la función o la estructura del cerebro”.

Este término por sí solo no representa todos los casos de daño neurológico en el cerebro que se informan en VAERS, pero nos brinda un punto de referencia para comparar los casos informados después de las “vacunas” contra la Covid-19 con todas las demás vacunas aprobadas por la FDA para los más de 30 años anteriores.

Lo que encontramos es que ***hay un aumento de más del 2000% en las lesiones cerebrales que se informan después de las vacunas contra la Covid-19***. Observemos la alta tasa de muerte entre estos casos de "encefalopatía".

Éste es el resultado de ***17 meses de distribución de “vacunas”*** contra la Covid-19 desde diciembre de 2020, cuando se autorizó el uso de emergencia de las “vacunas”, que supera los ***64 casos por mes***.

Por el contrario, ***durante los 30 años anteriores (360 meses)*** antes de que comenzaran las “vacunas” contra la Covid-19, se informaron 1068 casos de "encefalopatía" después de todas las demás vacunas aprobadas por la FDA, un promedio de ***menos de 3 por mes***.

Enfermedad potenciada asociada a la vacuna (V-AED)

Un estudio publicado el 31 de mayo del 22 y realizado por varios médicos en nombre de la Universidad de Colorado descubrió que ***la “vacunación” contra la Covid-19 puede hacer que los niños sufran la enfermedad potenciada asociada a la vacuna (V-AED), y un análisis más detallado de los documentos confidenciales de Pfizer publicados a la fuerza por orden judicial revela que tanto Pfizer como la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) sabían que sucedería***.

El estudio tenía como objetivo demostrar que la “vacunación” contra la Covid-19 protege eficazmente a los niños contra el síndrome inflamatorio multisistémico. Pero descubrieron todo lo contrario y no son los únicos, más publicaciones han encontrado que es una consecuencia de la “vacuna” (1) (2) (3) (4). En el estudio llevaron a cabo un analisis detallado de dos niños sanos y completamente

"vacunados" en los Estados Unidos a quienes se les diagnosticó síndrome inflamatorio multisistémico.

El síndrome inflamatorio multisistémico (MIS) es una afección que afecta principalmente a los niños y causa una inflamación peligrosa en todo el cuerpo, incluso en:

- Corazón
- Pulmones
- Riñones
- Cerebro
- Piel
- Ojos
- Órganos digestivos

La afección puede ser grave y potencialmente mortal. Desafortunadamente, los expertos no tienen idea de qué lo causa, pero esto no ha impedido que los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos atribuyan la afección a complicaciones de la supuesta enfermedad Covid-19.

Primero, echemos un vistazo a algunas de las terribles enfermedades que sufrieron estos dos niños, antes de analizar lo que nos dice esta publicación:

Hiponatremia. Es una condición caracterizada por bajos niveles de sodio en la sangre. Sus síntomas son similares a los causados por la deshidratación. En casos severos, el cerebro puede hincharse, lo que puede provocar dolores de cabeza, convulsiones, coma e incluso la muerte.

Trombocitopenia. Es una deficiencia de plaquetas en la sangre. Esto provoca sangrado en los tejidos, hematomas y coagulación lenta de la sangre después de una lesión.

Linfopenia. Es un trastorno en el que su sangre no tiene suficientes glóbulos blancos llamados linfocitos, que desempeñan un papel protector esencial en su sistema inmunológico.

Sepsis. Es una reacción potencialmente mortal a una infección. Ocurre cuando su sistema inmunológico reacciona de forma exagerada a una infección y comienza a dañar los tejidos y órganos de su propio cuerpo.

Síndrome de shock tóxico. Es una condición rara pero potencialmente mortal causada por bacterias que ingresan al cuerpo y liberan toxinas dañinas.

Vasculitis u otra enfermedad autoinmune. La vasculitis es una enfermedad autoinmune que causa inflamación y estrechamiento de los vasos sanguíneos. La enfermedad autoinmune ocurre cuando el sistema de defensa natural del cuerpo no puede diferenciar entre sus propias células y las células extrañas, lo que hace que el cuerpo ataque por error a las células normales.

Es difícil creer que dos niños puedan sufrir ***todas estas condiciones horrendas después de la infección con Covid-19, cuando sabemos que los niños tienen un riesgo*** insignificante ***de sufrir una enfermedad peor que el resfriado común***.

Pero la razón por la que estos dos niños, por lo demás sanos, sufrieron estas afecciones es porque recibieron dos dosis de la inyección Pfizer Covid-19 y, lamentablemente, sufrieron ***la enfermedad mejorada asociada a la "vacuna" una vez que estuvieron expuestos al supuesto virus Covid-19***.

¿Cómo sabemos esto? Porque todo está en los documentos confidenciales de Pfizer que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) se ha visto obligada a publicar por orden judicial.

Las enfermedades potenciadas asociadas a la vacuna (VAED, por sus siglas en inglés) ***son presentaciones*** modificadas ***de infecciones clínicas que afectan a personas expuestas a un patógeno de tipo salvaje después de haber*** recibido ***una vacunación previa contra el mismo patógeno***.

Las respuestas mejoradas se desencadenan ***por intentos fallidos de controlar el virus infectante***, y el VAED generalmente se presenta con síntomas relacionados con el órgano objetivo del patógeno de la infección. Según los científicos, ***la VAED se*** presenta ***como dos inmunopatologías diferentes, la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) y la hipersensibilidad asociada a la vacuna (VAH)***.

La investigación intensiva realizada por expertos en salud a lo largo de los años ha sacado a la luz las crecientes preocupaciones sobre la "Mejora dependiente de anticuerpos" (ADE), ***un fenómeno en el que las vacunas empeoran la enfermedad al preparar al sistema inmunitario para una reacción exagerada potencialmente mortal***.

ADE puede surgir de varias formas diferentes, pero la más conocida se conoce como la "vía del caballo de Troya". ***Esto ocurre cuando los anticuerpos no neutralizantes generados por una infección o vacunación pasada no*** logran ***cerrar el patógeno tras una nueva exposición***.

En cambio, actúan ***como una puerta de entrada al permitir que el virus ingrese y se replique en células que generalmente están fuera de los límites (generalmente células inmunitarias, como macrófagos)***. ***Eso, a su vez, puede*** conducir ***a una mayor diseminación de la enfermedad y respuestas inmunitarias hiperreactivas que causan una enfermedad más grave***.

En uno de los documentos contenidos en el volcado de datos por mandato judicial, en la tabla 5, que se encuentra en la página 11 del documento, se muestra un 'Riesgo ***potencial importante', y ese riesgo se enumera como 'Enfermedad potenciada asociada a la vacuna (VAED), incluida la enfermedad respiratoria potenciada asociada a la vacuna (VAERD)'***.

Pfizer afirma en su documento confidencial que, hasta el 28 de febrero de 2021, habían recibido 138 casos que informaban 317 eventos potencialmente relevantes indicativos de enfermedad mejorada asociada a la vacuna. De estos, 71 fueron médicamente significativos y resultaron en 8 discapacidades, 13 fueron eventos que amenazaron la vida y 38 de las 138 personas fallecieron.

De los 317 eventos relevantes informados por 138 personas, 135 se etiquetaron como 'fármaco ineficaz', 53 se etiquetaron como disnea (dificultad para respirar), 23 se etiquetaron como neumonía por Covid-19, 8 se etiquetaron como insuficiencia respiratoria y 7 se etiquetaron como como convulsión.

Pfizer también admitió que 75 de los 101 sujetos con Covid-19 confirmado después de la "vacunación" tenían una enfermedad grave que resultó en hospitalización, discapacidad, consecuencias potencialmente mortales o la muerte. Pfizer luego confirmó que, según la evidencia actual, VAED sigue siendo un riesgo teórico.

Más evidencia del documento confidencial también muestra que tanto la FDA como Pfizer sabían que la inyección de Covid-19 había matado al menos a 12 personas que desarrollaron un trastorno autoinmune, por febrero de 2021. Eso no significa que estas sean las únicas personas que han muerto debido a las condiciones autoinmunes inducidas por las inyecciones, estas son solo las que se informaron oficialmente a Pfizer en los primeros dos meses del lanzamiento de la "vacuna".

Los datos confidenciales demuestran que las inyecciones contra Covid-19 nunca deberían haber recibido una autorización de uso de emergencia, y tanto la FDA como la EMA deberían haberlas retirado de la distribución tan pronto como vieron las cifras.

No actuaron, y es precisamente por eso que ahora estamos viendo estudios publicados que contienen detalles horribles de niños completamente "vacunados" que sufren inflamación cerebral, hemorragia interna y coágulos de sangre, reacciones potencialmente mortales a infecciones, sistemas inmunitarios diezmados y enfermedades autoinmunes después de la supuesta infección por Covid-19.

Problemas psiquiátricos en jóvenes

Ver también este apartado.

Un estudio que exploró la asociación temporal de "ciertos trastornos neuropsiquiátricos después de la vacunación de niños y adolescentes, encontró

que ***las vacunas contra la influenza durante los 3, 6 y 12 meses anteriores también se asociaron con diagnósticos incidentes de anorexia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad***".

Según el documento de revisión presentado por Pfizer a la FDA, cuatro de los 1131 niños en el brazo del estudio que recibieron la "vacuna" Pfizer-BioNTech Covid-19 sufrieron eventos adversos graves ("EAG"), es decir, eventos en los que en al menos uno se cumplió el criterio: causó la muerte, es potencialmente mortal, requiere hospitalización o prolongación de la hospitalización existente, da como resultado una discapacidad/incapacidad persistente, una anomalía congénita/defecto congénito.

De estos cuatro niños, tres tenían una depresión tan grave que fueron hospitalizados poco después de la "vacunación" (en los primeros 7 días después de la primera dosis, en el segundo solo un día después de la segunda dosis y en el tercero 15 días después de la primera dosis, respectivamente).

La consecuencia de este hallazgo es sumamente preocupante, ya que significa que uno de cada 350-400 niños "vacunados" podría sufrir una depresión severa y necesitar hospitalización.

A día 24 de junio del 22, VAERS, registraba 2855 casos en los que figura depresión como único término de búsqueda, de los cuales 39 correspondían a menores de entre 6 y 17 años. También registraba 3358 casos en los que figura ansiedad como único término de búsqueda, de los cuales, 76 correspondían a menores de entre 6 y 17 años.

Otros tipos de eventos adversos

Las niñas, algunas de tan solo cinco años, están desarrollando ***úlceras genitales debido a la "vacuna" de ARNm del coronavirus de Wuhan (Covid-19) de Pfizer***. Esto es de acuerdo con artículos revisados por pares publicados y datos del Sistema de Informes de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS).

Se han diagnosticado ***casos de úlceras vulvares raras en niñas adolescentes después de recibir una segunda dosis de la inyección de ARN mensajero (ARNm) de Pfizer***, según la edición de abril del Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology. Las úlceras vulvares, conocidas como úlceras aftosas vulvares, úlceras de lipschütz o ulceraciones genitales agudas, son lesiones dolorosas no adquiridas sexualmente que se forman en las estructuras externas de los genitales femeninos o la vulva.

En la revista médica se informaron seis casos de niñas adolescentes de 12 a 16 años que ***desarrollaron úlceras genitales dolorosas dentro de los cuatro días posteriores a su segunda dosis de "vacuna"***, incluidos dos casos que ocurrieron después de la infección con Covid-19.

El primer informe de caso que describió una posible asociación entre el desarrollo de úlceras vulvares y la "vacuna" contra Covid-19 de Pfizer fue el de una paciente de 16 años de Minnesota. Experimentó fiebre, dolor corporal, fatiga y lesiones vaginales dentro de las 24 horas posteriores a recibir una segunda dosis de la "vacuna" de ARNm Covid-19. Las úlceras se volvieron extremadamente dolorosas y la paciente tenía dificultad para caminar, orinar y defecar cuando fue vista en la clínica de ginecología pediátrica seis días después de su "vacunación".

Las úlceras vulvares no adquiridas sexualmente se han asociado con varias infecciones virales, que incluyen EBV, influenza y, más recientemente, Covid-19. Sin embargo, según la presentación clínica del paciente, los médicos concluyeron que las úlceras estaban asociadas con la "vacuna" de ARNm de Pfizer.

El segundo informe de caso, involucró a una niña de 14 años de Nebraska que informó dolor y lesiones en la vulva dos días después de recibir su segunda dosis de Pfizer. Antes de experimentar dolor vulvar, la paciente tenía "síntomas transitorios pero graves de fatiga, dolores corporales e insomnio" 12 horas después de la inyección de ARNm. Todas sus pruebas, incluida la de Covid-19, dieron negativo.

"Creemos que este caso demuestra ***una posible asociación novedosa entre la 'vacuna' de Pfizer y el desarrollo de una úlcera aftosa vulvar en una paciente adolescente***", escribieron los autores del informe.

En Children's Mercy Hospital en Missouri, tres pacientes de sexo femenino de 12 a 15 años fueron diagnosticadas con úlceras genitales entre junio y septiembre de 2021. Las tres acudieron a la sala de emergencias con dolor y múltiples úlceras en la vulva dentro de las 24 a 48 horas posteriores a la segunda dosis de la "vacuna" de Pfizer. Dieron negativo para citomegalovirus y virus de Epstein-Barr y ninguno estuvo expuesto recientemente a Covid-19.

El sexto informe fue de una joven de 16 años de Massachusetts que desarrolló dolor al orinar, picazón y secreción vulvar e hinchazón labial cuatro días después de su segunda dosis de la "vacuna" Pfizer. Al día siguiente acudió a la clínica ginecológica con úlceras en la vulva. Dio negativo para el virus del herpes simple 1 y 2, Epstein-Barr, citomegalovirus y micoplasma, una bacteria.

"En este momento de pandemia, se debe considerar la prueba de infección por Covid-19 o preguntar sobre la 'vacunación' reciente contra el Covid-19 en todas las mujeres jóvenes que presentan ulceraciones genitales agudas", dijeron los autores del informe del caso.

El estudio, titulado "Úlceras aftosas vulvares posteriores a la 'vacunación' contra la Covid-19: una serie de casos impopulares", fue realizado por tres médicos del departamento de ginecología pediátrica y adolescente del Mercy Children's Hospital en Kansas, Missouri.

"Con la pandemia de Covid-19, nuestra institución vio úlceras aftosas asociadas con Covid", escribieron los autores del estudio . "Después de un mayor uso de la

'vacuna' de Pfizer en los mayores de 12 años, nuestra institución también vio una serie de úlceras aftosas posteriores a la 'vacunación'".

Los médicos estudiaron a tres niñas, de 12 a 15 años, que presentaban úlceras vaginales que comenzaron a desarrollarse menos de tres días después de recibir la segunda dosis de la "vacuna" de ARNm Covid-19 de Pfizer.

Cada una de las niñas recibió la primera dosis de la "vacuna" sin complicaciones. Pero los tres, dentro del segundo día después de recibir la segunda dosis, comenzaron a experimentar dolor en los genitales. Las tres niñas fueron llevadas al Mercy Children's Hospital entre junio y septiembre de 2021 y se les diagnosticó ***lesiones aftosas en la vulva***.

Cada una de las niñas sufrió ***múltiples úlceras grandes en sus genitales, algunas de las cuales se volvieron necróticas***. Ninguno de ellos era sexualmente activo o tenía una infección previa por Covid-19 o incluso una exposición reciente.

En Wisconsin, una niña sana de 12 años sin antecedentes sexuales desarrolló fiebre un día después de recibir la segunda dosis de la "vacuna" Covid-19. Un día después, desarrolló tres dolorosas úlceras en sus genitales, una de las cuales estaba necrótica.

En Children's Minnesota, una niña de 16 años sin antecedentes sexuales presentó fiebre, fatiga y dolor muscular dentro de las 24 horas posteriores a recibir su segunda "vacuna" Pfizer Covid-19. Más tarde desarrolló lesiones en su área vaginal. Durante los siguientes dos días, las lesiones en el lado derecho de su área vaginal se convirtieron en una ***gran úlcera supurante de color amarillo y gris con partes necróticas que le causaron un dolor inmenso***.

En Colorado, una niña de cinco años recibió la segunda dosis de la "vacuna" contra la Covid-19 de Pfizer en noviembre. En un día, desarrolló dolores musculares, dolor en el brazo y una lesión vaginal que le dificultaba caminar. Este caso se informó a VAERS y no se resolvió.

Una simple búsqueda en el Sistema de Informe de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS) para úlcera aftosa, úlcera vaginal, úlcera vulvar y "vacuna" Pfizer Covid-19, resultó en 282 eventos totales hasta el 14 de abril.

De ellos, más de 40 informes estaban relacionados con úlceras genitales en adolescentes y mujeres jóvenes varios días después de la segunda inyección de Pfizer, mientras que el resto eran informes de úlceras bucales. También se han producido varios casos después de la primera y tercera dosis.

Una búsqueda en VAERS hasta el 24 de junio del 22, mostraba 90 casos donde la "vacuna" es Covid-19 y el síntoma es ulceración vaginal o ulceración vulvovaginal, de igual forma, mostraba 609 casos donde la "vacuna" es Covid-19 y el síntoma es úlcera aftosa. De ellos, 27 se habían producido en niñas de menos de 17 años.

Refuerzos para niños

Pfizer y BioNTech anunciaron el 14 de abril de 2022, que planeaban solicitar la Autorización de uso de emergencia (EUA) de una dosis de refuerzo de Covid-19 para niños sanos de 5 a 11 años en función de los resultados de un pequeño estudio que no ha sido publicado ni analizado por expertos independientes. Es increíble que los gobiernos, padres y madres acepten propuestas sin supervisión y controles de expertos sin conflicto de intereses, considerando la historia criminal de laboratorios Pfizer, la cual, podemos ver aquí.

Pfizer dijo en un comunicado de prensa que la tercera dosis de su "vacuna" produjo una protección significativa contra la variante Ómicron en niños de 5 a 11 años en un pequeño ensayo clínico de fase 2/3. ***El estudio se basó en datos de SOLO 140 niños de 5 a 11 años*** que recibieron una dosis de refuerzo seis meses después de la segunda dosis de la "vacuna" Covid de Pfizer-BioNTech como parte de la serie primaria. Como se demuestra en este informe, hay antecedentes graves de cómo Pfizer cambia y oculta los datos en sus estudios para lograr resultados para seguir vendiendo sus inyecciones.

Al comentar sobre la noticia, el Dr. Brian Hooker dijo: "***El ensayo clínico utilizado para respaldar la noción de un refuerzo de Covid-19 para niños de 5 a 11 años es completamente inadecuado para hacer tal recomendación***". Hooker, agregó:

"***Este ensayo*** a pequeña escala y de tiempo limitado contiene solo 140 pacientes, que ***no tiene el tamaño suficiente para evaluar los eventos adversos de la 'vacuna***', especialmente las lesiones más raras, como las devastadoras enfermedades médicas sufridas por Maddie de Garay , una adolescente lesionada en el ensayo clínico original de Pfizer".

Hooker dijo que también le preocupaba que "no haya datos sobre la prevención de la infección por Covid-19, ***solo títulos de anticuerpos neutralizantes, que no necesariamente predicen la transmisión y la gravedad de la enfermedad***".

La Dra. Liz Mumper, pediatra, dijo: "Una vez más, Pfizer hace ciencia mediante un comunicado de prensa". Mumper dijo que ***el aumento en los títulos de anticuerpos es solo una pequeña parte de la historia de los niños y el Covid***.

"La cuestión más importante es que, ***sobre la base de un análisis cuidadoso de riesgo versus beneficio, los niños sanos no necesitan una vacuna contra la Covid***", dijo Mumper, ***porque muchos niños ya tenían Covid y desarrollaron anticuerpos resistentes y duraderos***.

La presidenta de CHD, Mary Holland, acusó a Pfizer de alcanzar "un nuevo mínimo" al solicitar la autorización de 'vacunas' de refuerzo para niños ***en base a un "estudio no publicado y no revisado por pares de 140 niños"***. Holand dijo:

"Seguir la ciencia sobre la 'vacunación' contra la Covid ***muestra que los riesgos superan los beneficios de las 'vacunas' contra la Covid para los niños, y mucho menos los refuerzos. Uno sospecha que esto es simplemente una estratagema equivocada para agotar el inventario de 'vacunas' de Pfizer antes de su vencimiento***".

Tampoco debemos olvidar, que aún aceptando la hipótesis de la existencia de las supuestas variantes, Pfizer probó su dosis de refuerzo mientras que la supuesta Ómicron fue la supuesta variante dominante este invierno. En las últimas semanas, BA.2 se ha convertido en la supuesta variante Covid dominante. ***No se ha determinado si una tercera dosis brinda alguna protección contra la nueva variante, con lo cual, una vez más, se demuestra que siempre van un paso por detrás de las nuevas supuestas variantes, y una vez más esto prueba, que los sueros experimentales, además de peligrosos e innecesarios, tienen una nula*** efectividad. ***Siempre irán un paso por detrás de las supuestas nuevas variantes, proponiendo "vacunas" obsoletas, sin contar con el hecho de que el pecado original antigénico, hace que las "vacunas" ya de por sí, sean*** ineficaces ***contra cualquier supuesta variante diferente de la original***.

Según la FDA, la evidencia que subyace a su decisión de aprobar el refuerzo para niños de 5 a 11 años, provino de un subconjunto de 67 niños que formaban parte de un ensayo en curso y recibieron refuerzos de 7 a 9 meses después de su serie primaria. Mostraron niveles de anticuerpos más altos un mes después del refuerzo en comparación con antes del refuerzo. En términos de seguridad, la FDA solo ha evaluado a aproximadamente 400 niños que recibieron una dosis de refuerzo, una muestra insignificante.

La decisión de la FDA es incorrecta por varias razones:

Falta de datos. Justo cuando la FDA debería exigir mejores datos, la agencia reduce sus estándares. Ningún estudio riguroso en este grupo de edad ha demostrado que una tercera dosis pueda reducir resultados importantes, como hospitalizaciones y muertes; los ensayos clínicos aleatorios no se han realizado, a pesar de que Pfizer obtiene miles de millones en ingresos.

Según el propio sitio web de la FDA "***las pruebas de anticuerpos no deben usarse para evaluar el nivel de inmunidad o protección de una persona contra la Covid-19. Sin embargo, la decisión se*** basó ***en la presencia de "anticuerpos neutralizantes" porque son fáciles de medir y estudiar***. ***Los niveles de anticuerpos no solo se*** desvanecen ***rápidamente, sino que tampoco se correlacionan necesariamente con la protección***.

El enfoque en los anticuerpos por parte de los reguladores de medicamentos y las autoridades sanitarias ha sido ***a*** expensas ***de considerar otros aspectos importantes del sistema inmunitario, como las células T CD4+ y las respuestas del sistema inmunitario naturales, que*** desempeñan ***un papel crucial en la prevención de infecciones y se cree que son más duraderas***

que los anticuerpos. Desafortunadamente, estos datos han sido ignorados en gran medida por las autoridades.

Al autorizar una tercera dosis para todos los niños de 5 a 11 años, la mayoría de los cuales ya tienen inmunidad natural, ***no hay probabilidad de que*** brinde ***más beneficios y puede exponerlos a daños innecesarios***.

Entre un 75 y un 85% de los niños, ya tiene ***inmunidad natural***:

Los CDC de Estados Unidos informaron que alrededor del 75% de los niños y adolescentes ***tienen evidencia serológica (anticuerpos) de una infección previa y, por lo tanto, ya han desarrollado una protección sólida y duradera contra la Covid-19***. El gobierno del Reino Unido estimó que más del 85% de los niños de 5 a 11 años habían contraído Covid-19 en enero de 2022 y que ***su inmunidad natural adquirida brindaría protección contra enfermedades graves o futuras reinfecciones***.

Marty Makary, profesor de la Escuela de Medicina Johns Hopkins, escribió en The Wall Street Journal que es probable que la ***inmunidad natural sea muy*** sólida ***en los niños debido a sus sistemas inmunológicos más fuertes***. Dijo que ***si un niño ya hubiera tenido Covid-19, "no habría base científica para la 'vacunación'"***.

También observó que ***no se documentaron casos de Covid-19 ni en el grupo "vacunado" ni en el grupo placebo en niños que habían sido previamente infectados con SARS-CoV-2 durante el ensayo de Pfizer, lo que*** refuerza ***el beneficio de la inmunidad natural***.

La FDA no convocó a su panel asesor, diciendo que ya había discutido sobre los refuerzos en una reunión anterior y que seguir discutiendo no sería de ningún beneficio. Sin embargo, la realidad nos dice que en un análisis reciente, los investigadores demostraron que ***solo el*** 6% ***de los medicamentos aprobados por la FDA fueron revisados por paneles asesores en 2021***, frente al 55% en 2010.

La autorización sucede aún cuando las investigaciones muestran que no ***hay ningún beneficio para los niños que reciben una inyección contra la Covid*** y, de hecho, las inyecciones pueden causar daño, efectos adversos y muerte.

Además, según estudios de Pfizer hay datos que prueban que ***la probabilidad de muerte en los niños por la inyección es*** 107 veces ***mas alta que la muerte por Covid***.

De hecho, el CDC recientemente ha reportado que se ***han*** registrado ***tasas de casos más altas de Covid-19 entre los niños completamente "vacunados" que los no "vacunados" en el grupo de edad de 5 a 11 años desde febrero de 2022***. Los CDC informaron una tasa de casos semanales de 250.02 por 100 000 para niños, en comparación con 245.82 por 100 000 para niños no

"vacunados" en dicho grupo de edad el 12 de febrero. La tendencia se mantiene durante las siguientes semanas hasta la tercera semana de marzo (la última semana con datos disponibles en ese momento).

Esa es la primera vez que los CDC registran una tasa de casos más alta entre los niños pequeños completamente "vacunados" desde que se recopilaron datos por primera vez en diciembre de 2021.

Además, ***la Oficina de Estadísticas Nacionales*** reveló ***que los niños tienen hasta 52 veces más probabilidades de morir después de la inyección antiCovid-19 que los niños que no la han recibido***. En diciembre de 2021, la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) ha publicado un conjunto de datos que contiene detalles sobre "muertes por estado de 'vacunación' en Inglaterra" por cada 100 000 personas entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de octubre de 2021.

Los datos revelaron que ***los niños "vacunados" de 10 a 14 años tenían estadísticamente 10 veces más probabilidades de morir que los niños no "vacunados", y los adolescentes "vacunados" de 15 a 19 años tenían estadísticamente dos veces más probabilidades de morir que los adolescentes no "vacunados"***.

Sin embargo, los datos de la ONS también muestran que durante ese período de tiempo, ***los adolescentes de 15 a 19 años que recibieron dos inyecciones antoCovid tenían estadísticamente tres veces*** más probabilidades de morir ***que los adolescentes que no fueron "vacunados"***.

De igual forma, la Oficina de Estadísticas Nacionales ha revelado en mayo del 22, que ***los niños tienen entre*** 82 y 303 veces ***más probabilidades de morir después de la "vacunación" contra la Covid-19 que los niños que no han recibido la "vacuna" contra la Covid-19***.

El 16 de mayo de 2022, la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) publicó un conjunto de datos que contiene detalles sobre "muertes por estado de 'vacunación' en Inglaterra" entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de marzo de 2022. El conjunto de datos contiene varias tablas que muestran detalles como "Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de 'vacunación' para muertes relacionadas con Covid-19" y "Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de 'vacunación' para muertes no relacionadas con Covid-19".

La ONS ha optado por no incluir a los niños en las tasas de mortalidad calculadas a pesar de que los niños de hasta 5 años ahora son elegibles para la "vacunación" contra la Covid-19. También agruparon a los adultos jóvenes como un grupo que va de los 18 a los 39 años, un período de 22 años, mientras que todos los demás grupos de edad tienen un período de 10 años (40-49, 50-59, etc.). Son cosas como ésta las que te hacen creer que deben tener algo que ocultar, y resulta que definitivamente lo tienen.

Los datos de la ONS muestran que entre el 1 de enero del 21 y el 31 de marzo del 22, ***los niños "vacunados" dos veces entre 10 y 14 años tenían estadísticamente hasta* 39 veces *más probabilidades de morir que los niños no "vacunados", y los adolescentes "vacunados" dos veces entre 15 y 19 años tenían estadísticamente hasta* 4 veces *más probabilidades de morir que los adolescentes no "vacunados"***.

Pero son las cifras de triple "vacunación" las que realmente asustan cuando se trata de niños:

Los datos de la ONS muestran que entre el 1 de enero del 21 y el 31 de marzo del 22, ***los niños de 10 a 14 años que recibieron las tres dosis fueron estadísticamente* 303 veces *más propensos a morir de Covid-19 que los niños no "vacunados" y* 82 veces *más propensos a morir por todas las causas que los niños no "vacunados".***

***Esto* sugiere *que tres dosis de una inyección antiCovid-19 aumentan el riesgo de muerte por todas las causas para los niños en un promedio de* 8200%*, y el riesgo de morir de Covid-19 en un promedio de* 30 300%*. Mientras que dos dosis aumentan el riesgo de muerte por todas las causas en un promedio de* 3900%**.

Sin embargo, las cifras para los niños son incluso peores de lo que parecen. Esto se debe a que la tasa de mortalidad no "vacunada" entre los niños de 10 a 14 años incluye niños de 10 y 11 años a los que solo se les ofreció la inyección antiCovid-19 desde principios de abril de 2022, a pesar de que el Regulador de Medicamentos del Reino Unido otorgó una autorización de uso de emergencia cuestionable para que administrarse a niños pequeños a finales de diciembre de 2021. Mientras que las tasas de mortalidad "vacunadas" incluyen solo un puñado de niños de 10 y 11 años. Sabemos esto por la noticia de que solo el 7% de los niños de 5 a 11 años han recibido la inyección antiCovid-19 a día 14 de mayo de 2022.

Llegados a este punto, ya que hablamos de refuerzos (y aunque ya lo hemos hecho anteriormente), es conveniente analizar desde un punto de vista científico, la necesidad de inoculación y eficacia de eso con lo que se pretende "reforzar" a los niños:

Los estudios científicos* muestran *que los niños tienen un* riesgo muy bajo *de infección, y mucho más bajo de enfermar gravemente y de morir por Covid, ***y también un riesgo muy bajo de*** infectar a otros niños o adultos, ***como se vio en*** estudios ***sobre transmisión en familias***.

Estudios de Ankit B Patel y la Dra. Supinda Bunyavanich muestran ***que el virus tiene expresión y presencia muy limitadas en el área respiratoria superior en niños pequeños, incluso más limitada que en los adultos***. Ésta podría ser una de las razones por las que ***los niños tienen menos probabilidades de infectarse en primer lugar, o de transmitirlo a otros niños o adultos, o incluso de enfermarse gravemente***. Una Investigación

publicada en agosto de 2021 por J. Loske también revelό que "***las células inmunitarias de las vías respiratorias en los niños están preparadas para la detección de virus, lo que resulta en una respuesta antiviral innata temprana más fuerte a la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos***".

Tampoco debemos olvidar que la eficacia de la "vacuna" Covid de Pfizer disminuye rápidamente:

Un estudio publicado el 13 de mayo del 22 en el Journal of the American Medical Association (JAMA) encontró que ***la protección de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer se volvió negativamente efectiva entre niños y adolescentes pocas semanas después de recibir una segunda dosis, lo que significa que los receptores tenían más probabilidades de contraer Covid-19 cinco meses después de haber sido "vacunado". La efectividad de la "vacuna" "ya no fue significativamente diferente de 0 durante el mes 3 después de la segunda dosis***", escribieron los investigadores. También encontraron que ***la protección contra la hospitalización disminuyó significativamente con el tiempo***. Concluyeron lo siguiente: "***Entre niños y adolescentes, la VE estimada para 2 dosis de BNT162b2 contra la infección sintomática fue modesta y disminuyó rápidamente***".

La efectividad de la inyección Pfizer-BioNTech Covid-19 contra Ómicron "***disminuyó rápidamente en los niños, particularmente en los de 5 a 11 años***", según un estudio publicado el 28 de febrero. ***La prevención de la infección por Covid para "vacunados" en el grupo de edad más joven fue solo del 12% después de un mes.*** ***Sería necesario "vacunar" a 12 500 niños para prevenir una sola infección no grave de Covid-19***.

Los datos de este gran grupo de niños en Nueva York demuestran ***que la inyección contra el Covid brinda poca o ninguna protección contra la infección por SARS-COV-2***. El estudio examinó la incidencia de la infección por Covid-19 y las tasas de hospitalización en 365 502 niños de 5 a 11 años y 852 384 adolescentes de 12 a 17 años, tanto en personas totalmente "vacunadas" como no "vacunadas".

Estos mismos datos indican que los niños no "vacunados" ya están protegidos de la infección, obviando la necesidad de cualquier forma de profilaxis en este grupo de edad. Por lo tanto, ***cualquier propuesta para aumentar la dosis no solo es innecesaria, sino que invita a un mayor riesgo de daño***.

Con beneficios tan marginales y decrecientes, no se puede justificar continuar con la "vacunación".

El Dr. Peter McCullough, un renombrado cardiólogo y epidemiólogo, dijo que la mayoría de los estudios no aleatorios que intentan estimar la eficacia de la "vacuna" (VE) tienen algunos fallos comunes, que incluyen: no tener en cuenta la infección previa por Covid-19; no disponer de informes para inoculados dentro de una ventana de tiempo de seis meses; y ninguna adjudicación de hospitalización

o muerte debido a Covid-19 u otras condiciones. "Como resultado, ***la mayoría de los estudios de Covid-19 VE tienen sesgos hacia la sobreestimación de cualquier beneficio clínico de la 'vacunación'***", dijo McCullough.

"Los datos muestran que las "vacunas" contra la Covid-19 tienen un efecto insignificante en las personas", dijo McCullough. "Con estos resultados en la mano, está claro que ***las 'vacunas' tienen un efecto insignificante en las poblaciones. Dado el perfil general de seguridad deficiente y la falta de garantías sobre la seguridad a largo plazo, los estadounidenses deben tener cuidado al considerar inyecciones de estos productos y sus correspondientes refuerzos***".

Ha quedado demostrado que las "vacunas", ya de entrada, ni son necesarias, ni son efectivas, ni son seguras. También ha quedado demostrado, que los refuerzos solo empeoran las cosas para los inoculados. Llegados a este punto, es importante hablar de lo que los refuerzos pueden causar en el sistema inmunológico del inoculado.

"Agotamiento Inmune"

Hablemos del fenómeno conocido como "agotamiento inmune" o "fatiga inmune". En esencia, este fenómeno ocurre ***cuando los linfocitos (pueden ser los linfocitos B, productores de anticuerpos, pero es más común con los linfocitos T citotóxicos) se han expuesto demasiado a un mismo antígeno***.

Recordemos que ***un antígeno es simplemente un*** fragmento ***pequeño de una molécula (casi siempre una proteína) que el cuerpo reconoce como ajeno***. ***El reconocimiento de antígenos es la*** base ***de nuestras respuestas inmunes basadas en linfocitos, porque estas células no pueden*** detectar ***moléculas más grandes (a diferencia de otras células como los macrófagos, células dendríticas y neutrófilos, que conocemos como células del sistema inmune innato)***. Por eso, ***cuando nos infectamos de una bacteria o un virus, las primeras*** respuestas ***son de esas células innatas, que fagocitan (es decir, comen) a lo que está asociado con esa molécula***. Dentro de ellos, durante la "digestión de lo que comieron", cortan a la molécula o a la bacteria completa en fragmentos pequeños y esos fragmentos son los que le "muestran" a los linfocitos. Entonces, ***los linfocitos son "***ciegos***" a los patrones grandes moleculares, solo ven esos fragmentos (antígenos) y solo los reconocen después de que se los mostraron sus hermanitos celulares***.

Esa limitación ***es también su fuerza***. En vez de detectar el uniforme negro que usan todos los soldados de otros países, los linfocitos detectan el nombre y apellido del soldado que está escrito en la etiqueta de tela del abrigo negro, y así pueden tener respuestas específicas contra cada soldado de nombre y apellido diferente (estas respuestas son en el caso de los linfocitos B, crear anticuerpos contra esa etiqueta que acabarán siendo la destrucción del soldado completo; o, en el caso de los linfocitos T citotóxicos, destruir completamente a una célula que contiene dentro al soldado que tiene esa etiqueta específica). Además, tienen una

memoria fenomenal; pueden recordar durante años, a veces toda la vida, cuál era el nombre de esa etiqueta por si uno idéntico vuelve a entrar, y así generan respuestas rapidísimas en contra.

Y ¿cómo se da una cosa así en nuestra evolución? Irónicamente, ocurrió gracias a la presión que ejercen sobre nosotros, los animales vertebrados, los virus y las bacterias. Se conoce como ***la Hipótesis de la Reina Roja*** (por Alicia en el País de las Maravillas) y es la base de que incluso siendo antagónicas las relaciones con algunos organismos (desde depredador-presa hasta patógeno-hospedero), podamos seguir existiendo las especies.

Hablemos del cansancio, fatiga, agotamiento, extenuación, debilidad, como quieran llamarle, de los linfocitos T. ***Éste*** ocurre ***cuando fue excesiva, constante y repetida la exposición a esa misma etiqueta del soldado; es decir, al mismo antígeno***. Son células impresionantes, pero tampoco son inagotables, ningún organismo y ninguno de sus componentes lo es. ***Si una y otra y otra vez están teniendo que detectar y ejercer una respuesta contra lo mismo, a veces simplemente "tiran la toalla"***. Un día, nuestros linfocitos T dicen "no va más" y entonces comienza gradualmente la baja en la expresión de muchas moléculas importantes del sistema inmune, IL-2, así como de sus habilidades de destrucción de célula, hasta llegar a la casi eliminación de la producción de IFN-γ, una molécula muy importante para la activación de respuestas inmunes contra virus. Trágicamente, ***los linfocitos T agotados, también pueden volverse "***adictos***" a esos antígenos y ya no hacerle caso a las moléculas, como la interleucina 7 (IL-7) que están intentando modular sus actividades***. Un quilombo inmune.

El agotamiento es un mecanismo que ha sido seleccionado dado que nos ayuda a evitar ***que nos dañen nuestras propias respuestas inmunes cuando ha sido*** demasiado ***frecuente el estímulo con un mismo antígeno*** (no hablo de las inmunizaciones repetidas, que no son fenómenos naturales; sino, por ejemplo, durante infecciones crónicas como ocurre con algunos virus y algunas bacterias, como Mycobacterium tuberculosis). ***El problema es que cuando ocurre (por infecciones crónicas o por inmunización), nos deja un tanto*** desprotegidos***, con mayor propensión a que seamos*** susceptibles ***a esas infecciones, o incluso, que*** desarrollemos ***cáncer (dado que esas son unas de las células inmunes más importantes para evitar que crezcan tumores)***.

Ferris y colaboradores publicaron en el 2014 un artículo en Journal of Immunology titulado (traducido del inglés) "¿Demasiado de una cosa buena? La señalización por Tim-3 y TCR en el agotamiento de células T". Es un artículo intenso en cuanto a la biología molecular y cascadas de señalización, pero es recomendable para entender lo que aquí estamos hablando.

En el contexto ***actual de dosis y más dosis (y más dosis) de refuerzos de inmunizaciones***, con productos nuevos de los que desconocemos aún mucho en materia de seguridad, y con la amenaza de nuevos virus, para los que ya están hablando de nuevas vacunas, ***es importante recordar que los superhéroes***

incansables, invulnerables, cuasi inmortales son producto ***de Hollywood***. ***Nuestras células inmunes*** sí se agotan***, nuestros cuerpos sí se agotan*** (no así la paciencia de la humanidad, parece, al ver lo fácil que están muchos "volviendo a caer" en la misma historia, ahora con otro virus). ***Mantener sano y funcional al sistema inmune*** no se logra ***con inmunizaciones interminables que exponen a sus linfocitos al mismo antígeno, sino con alimentación sana, buen dormir, ejercicio moderado, momentos de tranquilidad mental, etc.***

La sobre estimulación de las respuestas inmunes no es buena idea ***(ni muy muy, ni tan tan) Puede ocurrir con las vacunaciones, sobre todo aquellas que estimulan*** excesivamente ***a los linfocitos T citotóxicos, ya que pueden*** provocar ***ese efecto de agotamiento***. **Se** sabe ***desde hace más de 10 años***, y parece que no todos en el 'establishment' médico/científico lo han olvidado o lo están ignorando (1) (2).

Pecado Antigénico Original

A pesar de los esfuerzos de los medios tradicionales y de las distintas administraciones por ocultar el hecho, ***el virus de China representa un riesgo prácticamente nulo para los niños, además, como ha quedado demostrado, la inmunidad natural es muy superior a la teórica supuestamente adquirida tras la inoculación. La gran mayoría de los niños, si lo contraen, no sufrirán más que resfríos, si es que muestran algún síntoma***.

Una vez que se exponen a él, su sistema inmunológico siempre estará alerta no solo del invasor original, sino de casi todas las variantes que genera con el tiempo. Esta robusta inmunidad probablemente durará toda su vida. Después de todo, los supervivientes de la gripe española de 1918-1919, mucho más letal, salieron con inmunidad de por vida.

Pero el maravilloso proceso por el cual el cuerpo humano produce inmunidad natural a un virus nuevo que nunca antes había encontrado, ***quedará cortocircuitado si reciben un pinchazo de suero de ARNm***. Estará cometiendo el "pecado antigénico original".

El "pecado antigénico original" sucede cuando la respuesta del sistema inmunitario se adapta a la primera versión del virus, y sus respuestas a las variantes posteriores son mucho menos poderosas".

Resulta que el sistema inmunológico humano no es capaz de un número infinito de respuestas a un número infinito de virus. Más bien, la respuesta más fuerte a los virus de la influenza se produce por la primera exposición del cuerpo a la enfermedad, que generalmente ocurre en la niñez.

Pero no se trata solo de que las respuestas inmunitarias posteriores a la influenza sean más débiles, el problema es que la primera infección infantil prepara al sistema inmunológico para responder a infecciones posteriores con anticuerpos de

la cepa original. El "pecado antigénico original", en otras palabras, hace que la respuesta inmune no alcance el objetivo.

Los autores de un artículo de Nature Medicine de 2005 definen el "pecado antigénico original" de la siguiente manera: "Después de la exposición a una variante antigénica nueva pero de reacción cruzada, estos individuos pueden responder produciendo anticuerpos que se dirigen principalmente a los antígenos que caracterizan los virus de la influenza encontrados durante epidemias".

En otras palabras, sus cuerpos están produciendo anticuerpos contra la variante a la que fueron expuestos por primera vez en la infancia, en lugar de la variante que circula actualmente en la población y a la que ahora han estado expuestos. Piense en eso en el contexto del virus de China. Éste, supuestamente, es un nuevo coronavirus que nadie en el planeta ha encontrado antes (y cuya existencia, tampoco ha sido demostrada).

Una vez que esa proteína de pico muta, como ya lo ha hecho en la supuesta variante Delta, el cuerpo no tiene otros epítopos (partes del virus) que reconozca de inmediato y pueda utilizar para producir los anticuerpos adecuados. Entonces ¿Qué es lo que hace? Produce anticuerpos para la proteína de pico del virus de China original, porque para eso se ha programado.

Esta mala asignación de los recursos inmunológicos del cuerpo, como podríamos llamarlo, parece silenciar el desarrollo del tipo de inmunidad robusta y duradera que resulta de una infección natural.

Dado que **las "vacunas" pueden** atenuar **la respuesta inmune del cuerpo a otras variantes, la campaña de "vacunación" masiva de países de todo el mundo puede conducir a repetidas oleadas de infección, cada una de las cuales se enfrentará a un intento frenético y, en última instancia, inútil de administrar inyecciones de refuerzo a todos, lo que en el mejor de los casos, solo ofrecerá una protección temporal y limitada hasta que aparezca la siguiente variante**.

Muchos, quizás la mayoría, de los que se resisten al pinchazo ya se han recuperado de los episodios del virus de China, disfrutan de la inmunidad colectiva y se dan cuenta de que la "vacuna" de ARNm no tiene nada que ofrecerles salvo una serie interminable de inyecciones de refuerzo.

La mejor ilustración de la vida real del pecado antigénico original proviene del esfuerzo por desarrollar una vacuna para el dengue, que la gente contrae por la picadura de un mosquito infectado. Hay cuatro variantes principales del virus del dengue y la vacuna original solo cubría una de ellas. Los refuerzos posteriores para las otras variantes resultaron ineficaces porque solo desencadenaron "la huella inmunológica de la primera vacuna".

Pero es incluso peor que eso, como concluyen los autores:

El pecado antigénico original tiene la ventaja de que se puede movilizar rápidamente una respuesta de la memoria. Sin embargo, la desventaja es que en algunos casos, como el dengue, la respuesta está dominada por anticuerpos de calidad inferior.

Una vez que se ha establecido una respuesta, es poco probable que el refuerzo repetido pueda cambiar su alcance, lo que significa que será necesario establecer respuestas equilibradas contra los cuatro serotipos del virus con la primera dosis de vacuna.

El peligro ***que puede surgir de las "vacunas" de ARNm no es solo que, supuestamente, confieren inmunidad estrecha a una variante específica, sino que pueden socavar la respuesta de nuestro sistema inmunológico a variantes futuras, lo que lleva a infecciones más prolongadas y graves***.

El pecado antigénico original, no es sólo un desajuste ***entre el componente antigénico de la vacuna y las cepas circulantes del virus, sino un fenómeno en el que el cebado original del sistema inmunitario perjudica cualquier respuesta inmunitaria posterior debido a la reexposición a una cepa diferente del virus de manera que resulta en una inmunidad subóptima en comparación a la respuesta inmunitaria que se habría producido sin la inyección***.

El pecado antigénico original se produce ***cuando el sistema inmunitario produce respuestas inmunitarias ineficaces a la nueva variante infecciosa porque está atascado en un modo de producir respuestas inmunitarias específicas al antígeno dado en la inyección inicial. Está atascado aumentando las respuestas a la proteína espiga de una supuesta cepa extinta del coronavirus, por lo que la respuesta inmunitaria a cualquier exposición viral posterior siempre será subóptima***.

Dependiendo del virus, el pecado antigénico original puede ocurrir ya sea con la infección o con la "vacunación". ***En el caso del supuesto SARS-CoV-2, la evidencia es que*** no ocurre ***con infección***. ***La inmunidad natural no solo es robusta y duradera, sino también amplia y adaptativa. Existe una memoria inmunológica a largo plazo con evolución de células productoras de anticuerpos para generar anticuerpos de mayor afinidad con mayor capacidad de neutralizar cualquier variante***. ***Incluso si surge una variante que escapa parcialmente a la capacidad de neutralización de los anticuerpos existentes, es probable que el sistema inmunitario se actualice y comience a adaptarse para combatir con mayor eficacia la cepa infectante***.

Existe evidencia de que el pecado antigénico original ocurre cuando el cebado inmunológico no es de la infección sino de las inyecciones Covid. Esto sugiere que las inyecciones perjudican al sistema inmunitario para favorecer siempre las respuestas contra la proteína espiga de la cepa original de Wuhan, mientras que la inmunidad natural incluye respuestas equilibradas y coordinadas no solo a la espiga sino también a otras partes del coronavirus.

Por lo tanto, teóricamente, ***una nueva variante* podría *tener muchas mutaciones en la proteína que dan como resultado un escape inmunitario de los anticuerpos inducidos por la "vacunación" o una infección previa, pero mientras que el individuo con inmunidad natural aún podría generar respuestas adaptativas efectivas para combatir la infección, el individuo "vacunado" podría tener un caso relativamente más grave de Covid-19 debido al pecado antigénico original***.

El 7 de diciembre, Lin y colaboradores publicaron un estudio en la revista Cell Host and Microbe titulado (traducido) "Inmunidad humoral pre-existente a los coronavirus humanos causantes del catarro común impactan negativamente la respuesta protectora de anticuerpos contra SARS-CoV-2". Es un estudio que aporta evidencia científica de un hecho importante, del cual se lleva tiempo alertado: las respuestas inmunes basadas en anticuerpos pueden llegar a ser contraproducentes en algunos escenarios. Vamos a intentar explicar esta aseveración en el contexto del estudio y de la pandemia, pero primero es bueno dejar claros algunos conceptos:

1) *Antígeno*. Fragmento pequeñito de una molécula, casi siempre una proteína, de un virus, bacteria, hongo, protista o en ocasiones nuestro, contra el que nuestros linfocitos van a generar una respuesta inmune específica y de larga duración, con memoria para futuras infecciones.

2) *Sistema inmune adaptativo*. Conjunto de células (linfocitos B y T) y moléculas (anticuerpos) que participan en las respuestas contra antígenos. Está presente en todos los vertebrados con mandíbula inferior y lleva más de 400 millones de años de evolución.

3) *Afinidad*. Qué tanta complementaridad hay entre un ligando y un receptor. Podemos verlo como "qué tan bien le queda un guante a una mano".

4) *Vacuna monovalente*. Contiene una sola variante de un solo tipo de antígeno (por ejemplo, los productos antiCovid-19 de Pfizer/BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson, Astrazeneca, Cansino, Gamaleya, etc.)

5) *Vacuna polivalente*. Contiene varias variantes de un solo tipo de antígeno (por ejemplo, la vacuna que está elaborando la UAQ) o contienen una sola variante de más de un antígeno (por ejemplo, la vacuna de virus inactivado de Sinovac).

Este fenómeno del 'pecado antigénico original' (OAS, por sus siglas en inglés), también llamado 'impronta antigénica', 'efecto de Hoskins' o 'congelamiento de repertorio inmune', fue propuesto por Thomas Francis en 1960 y fue un punto de inflexión en nuestro entendimiento sobre la forma en la que el sistema inmune adaptativo (el que se basa en respuestas de anticuerpos y de linfocitos T) responde a algunas infecciones, y un punto muy importante a considerar para el diseño de vacunas (aunque no todos los inmunólogos, médicos, biólogos, biotecnólogos y veterinarios, se den por enterados). ***El 'pecado antigénico original' ocurre cuando, luego de una primera exposición a un antígeno, nuestros linfocitos "aprenden" a responder a ese antígeno específico, y***

después, cuando nos exponemos a antígenos ligeramente diferentes, usamos la primera respuesta en vez de echar a andar una respuesta adaptativa nueva contra el antígeno modificado. Esto hace que nuestro sistema inmune esté "atrapado" en su primer aprendizaje, y en lugar de tener la habilidad de responder de una forma diferente, usa la previa. En muchos casos, la respuesta basada en el aprendizaje previo es útil, pero en otros casos resulta contraproducente. La diferencia en el desenlace se basa en qué tanta afinidad tienen los anticuerpos o nuestros linfocitos T-CD8 producidos durante la primera infección por esos antígenos nuevos, y qué tanto logran neutralizar al virus, bacteria y hongo y evitar su entrada en una célula. ***Si no logran neutralizar bien al antígeno, entonces el virus o la bacteria a la que pertenecen esos antígenos tienen una ventaja; podrán evadirlos o incluso usarlos para incrementar su replicación en otras células en las que normalmente no hubieran entrado***.

El fenómeno del pecado antigénico original se ha descrito para virus de influenza, dengue, para VIH y la posibilidad para SARS-CoV-2, ya ha sido descrita. Entre otras cosas, este fenómeno es una de las razones por las cuáles las vacunas monovalentes pueden fallar o, de plano, no funcionar, como en el caso de Dengue, incluso siendo vacunas polivalentes.

En el estudio de Lin y colaboradores sobre el pecado antigénico original de SARS-CoV-2, analizaron muestras de individuos que tenían anticuerpos contra los coronavirus humanos estacionales (hCCCoV; asociados con el catarro común) antes y después de una infección con SARS-CoV-2 o de recibir la inoculación Covid-19. Encontraron que se da inmunidad cruzada (es decir, quienes ya cuentan con anticuerpos contra la proteína Spike de los hCCCoV, incrementan los niveles de esos anticuerpos anti-Spike "originales" después de haberse expuesto a SARS-CoV-2 o a la inoculación contra Covid-19). Hicieron entonces un estudio epidemiológico de caso-control (para ver detalles sobre ese tipo de estudios pinchar aquí) y ***encontraron que esos niveles de anticuerpos no reducían la probabilidad de infectarse con SARS-CoV-2 ni conferían protección contra la infección de SARS-CoV-2, ya que tener anticuerpos altos contra los hCCCoV incrementaba la probabilidad de tener Covid-19 severo***. ***En otras palabras, confería un efecto contrario al esperado del sistema inmune protector: el sistema inmune de estas personas estaba bajo el pecado antigénico original***.

Cuando evaluaron los efectos de la inmunización (con Pfizer/BioNTech) en individuos con anticuerpos contra hCCCoV, los resultados no fueron tan claros, y hubo mucha variación en las respuestas individuales. Lo que sí observaron es que disminuyeron algunos tipos de anticuerpos anti-hCCCoV después de la vacunación, e incrementaron los niveles de anticuerpos IgM, lo que es inusual ya que la inmunización de Pfizer/BioNTech no induce una respuesta fuerte de protección de IgM. Para intentar comprender esto un poco más, vacunaron ratones con proteínas de Spike de hCCCoV y luego los inmunizaron contra SARS-CoV-2. Vieron que la inmunización limitaba sus respuestas inmunes específicas contra SARS-CoV-2. (nota aclaratoria: Esto no es nada bueno para los ratones).

Los autores indican las limitaciones de su estudio (bajo número de participantes con Covid-19 severo, y la ausencia de inclusión de participantes menores de 18 años y mayores de 65 años), pero concluyen (lo que me sorprendió porque sus resultados no permiten decir esto) que la inhibición de los anticuerpos no impactaría la cantidad de antígenos en el contexto de la "vacunación" contra SARS-CoV-2 porque, al no ser neutralizantes los anticuerpos, permitirían que hubiera más antígeno (es decir, que la infección prosperara) y por lo tanto se generarían respuestas más contundentes, y por eso el pecado antigénico original no sería relevante en personas "vacunadas". Me sorprende mucho su conclusión, porque cuando se escribe la discusión de un artículo científico debemos evitar especular y cuando escribimos una conclusión, debemos centrarnos en lo que observamos en nuestro estudio. ¿Será que sin esa conclusión no se los hubieran publicado?

Sus resultados son consistentes con otros estudios al respecto, como el de Focosi y colaboradores y tienen implicaciones importantes para la estrategia de proteger mediante la vacunación universal, ya que ***las personas "vacunadas" (que no tuvieron exposición previa a SARS-CoV-2 de forma natural, que recordemos que la infección natural genera respuestas inmunes contra diversos antígenos, no solamente contra Spike, a diferencia de lo que ocurren en personas sin inmunidad previa que son "vacunadas" contra Spike) podrían tener más riesgo de que ocurra el pecado antigénico original cuando se infecten de una variante diferente de aquella en la que se basaron las "vacunas" de ARNm o las vectorizadas***.

De igual forma, investigadores de Hong Kong encontraron que la "vacuna" contra el coronavirus de Wuhan BNT162b2 (Covid-19) es menos efectiva contra la supuesta cepa Ómicron B11529. Descubrieron que la nueva variante reducía los supuestos anticuerpos inducidos por la "vacuna" de ARNm en al menos ***32 veces***. Los investigadores de las dos universidades publicaron sus hallazgos sobre la "vacuna" el 12 de diciembre. Descubrieron este problema basándose en análisis de sangre de 10 personas que recibieron la "vacuna" de dos dosis en noviembre de 2021.

Los supuestos anticuerpos neutralizantes inducidos por la "vacuna" de ARNm habían caído de 320 unidades a solo 10 unidades para la cepa Ómicron. Se necesitan al menos 25 unidades para conferir protección contra infecciones.

El virólogo de la HKU, Malik Peiris, dijo: "Podemos ver que la mayoría de las personas, supuestamente, tenían anticuerpos contra la cepa del SARS-CoV-2 original, pero esta capacidad se redujo notablemente en 32 veces o más contra la variante Ómicron".

Cualquier medicamento o vacuna que se ingiera o inyecte en el cuerpo producirá efectos secundarios. Si uno padece una enfermedad, especialmente uno con síntomas graves, los efectos secundarios no importan tanto. Estoy dispuesto a tomar acetaminofén para aliviar el dolor de cabeza, aunque sé que tomar el medicamento continuamente durante períodos prolongados puede causar daño hepático. El beneficio inmediato supera el posible costo a corto o largo plazo.

Pero los cálculos son muy diferentes con una vacuna. En este caso, le está dando a una persona sana, no puede vacunar a los que ya están enfermos, algo que no produce un beneficio inmediato. Si algún día se exponen a la enfermedad a la que se dirige la vacuna, la esperanza es que la vacuna reduzca el riesgo de contraerla o reduzca la gravedad de sus síntomas si lo hacen. Por otra parte, es posible que nunca se enfrenten a la enfermedad, en cuyo caso el beneficio de por vida es efectivamente cero.

Dado que los beneficios que las personas obtienen de una vacuna son mucho menores que los que obtienen de un medicamento para una afección existente, el riesgo de efectos secundarios de la vacuna también tiene que ser mucho menor.

En el caso del virus de China, supuestamente, altamente infeccioso, lo más probable es que todos, incluidos los "vacunados", como admiten los CDC, eventualmente contraerán la enfermedad. Dado que los niños sobrevivirán bien, la parte de "beneficio" del balance riesgo/beneficio es efectivamente nula.

No así la parte de "riesgo", dado que, existe un cuantificable peligro de que los niños desarrollen miocarditis y otros problemas de salud como consecuencia. **Existe otro problema potencialmente más serio al darles a los niños un pinchazo de ARNm** que, en el mejor de los casos, supuestamente ofrece unos meses de protección contra una variante que ya está desapareciendo (aunque como se demuestra en el presente trabajo, eso tampoco sucede, la supuesta inmunidad de meses, simplemente,no se produce). ***Es que puede*** paralizar la respuesta inmune ***de su cuerpo a futuros coronavirus que de otro modo vencerían fácilmente***.

Finalmente, ***hay un beneficio para la sociedad en su conjunto al permitir que el sistema inmunológico altamente adaptable de los niños se enfrente y derrote al virus***. Alex Berenson lo resume muy bien: "Lo más peligroso en este momento sería 'vacunar' a los niños. ***El virus no es una amenaza para ellos, y si están infectados por las nuevas formas de SARS-2 que seguramente surgirán cada invierno, comenzaremos a establecer, a través de ellos y los que aún no han sido 'vacunados', la inmunidad en capas que es el única forma de llegar a un acuerdo con el SARS-2 a largo plazo***".

Pfizer y la FDA "acortando el camino"

Se han descubierto pruebas de que ***Pfizer violó los protocolos del estudio y manipuló los datos con el fin de obtener una autorización de emergencia para que su "vacuna" experimental de ARNm antiCovid-19 se administrara a niños***. El análisis y la comparación del documento de revisión presentado por Pfizer a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, sobre la base del cual la FDA dio luz verde para ampliar el permiso de emergencia para la "vacunación" de niños de 12 a 15 años y del protocolo de estudio en niños, revelan hallazgos preocupantes.

Estos incluyen violaciones al protocolo establecido por la propia Pfizer, y no menos graves, diseñar el protocolo del ensayo de manera que permita a la empresa presentar hallazgos lo más positivos posible en términos de seguridad de la “vacuna” en niños, e incluir la menor cantidad posible efectos secundarios graves en la revisión presentada a la FDA.

Según el documento de revisión presentado por Pfizer a la FDA, cuatro de los 1131 niños en el brazo del estudio que recibieron la “vacuna” Pfizer-BioNTech Covid-19 sufrieron eventos adversos graves ("EAG"), es decir, eventos en los que en al menos uno se cumplió el criterio: causó la muerte, es potencialmente mortal, requiere hospitalización o prolongación de la hospitalización existente, da como resultado una discapacidad/incapacidad persistente, una anomalía congénita/defecto congénito.

De estos cuatro niños, tres tenían una depresión tan grave que fueron hospitalizados poco después de la “vacunación” (uno, en los primeros 7 días después de la primera dosis, otro solo un día después de la segunda dosis y en el caso del tercero ,15 días después de la primera dosis).

La consecuencia de este hallazgo es sumamente preocupante, ya que significa que ***uno de cada 350-400 niños “vacunados” podría sufrir una depresión severa y necesitar hospitalización***.

Para tranquilizarnos, Pfizer señala en su documento de revisión que, de hecho, los tres niños tenían un diagnóstico preexistente de ansiedad y depresión. Además, explican: los tres en realidad informaron un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) que comenzó dentro de 1-2 meses antes de la “vacunación”.

"El empeoramiento de las ideas suicidas con el tratamiento inicial de ISRS en adolescentes", explican, "es un riesgo reconocido y proporciona una explicación alternativa razonable para la exacerbación de la depresión en estos receptores de BNT162b2".

¿Cuál es el problema con esta explicación?

Dos problemas:

1. La afirmación de que los ISRS que recibieron los niños son una explicación alternativa para el deterioro del estado mental de los niños es dudosa. Según la literatura científica, la exacerbación del suicidio y el estado mental ocurre justo al comienzo del tratamiento con antidepresivos, generalmente en las primeras dos semanas, y ciertamente no más de un mes después de comenzar el tratamiento, que es el momento en que comienza a ver una mejoría. De hecho, lo contrario es cierto: si no hay mejoría dentro de las cuatro semanas, generalmente se reemplaza un medicamento.

2. Más importante aún, de acuerdo con el protocolo del estudio, los participantes con un diagnóstico psiquiátrico previo nunca deberían haber sido incluidos en el

estudio en primer lugar (ver página 41 en el protocolo). Resulta que uno de los criterios de exclusión en el estudio es: "Otra condición médica o psiquiátrica, incluida la ideación / comportamiento suicida reciente (dentro del año pasado) o activa o la anormalidad de laboratorio que puede aumentar el riesgo de participación en el estudio o, a juicio del investigador, hacer que el participante sea inapropiado para el estudio".

Por tanto, ***se trata de una* flagrante violación *del protocolo de estudio establecido por la propia empresa y aprobado por la FDA***. La implicación de tal violación es severa: si Pfizer fue tan negligente que incluyó a sujetos con antecedentes psiquiátricos en el experimento, contrariamente al protocolo que ellos mismos establecieron, significa que ***el bienestar de los sujetos no es su principal preocupación***. Como señala la propia Pfizer en el protocolo: ***tales antecedentes pueden aumentar el riesgo de participación en el estudio***.

En al menos dos criterios, la compañía parece haber* diseñado *manipuladamente el protocolo de una manera que le permitiría presentar hallazgos tan positivos como sea posible en términos de seguridad de la "vacuna" en niños:

1) ***Diseñar el protocolo de manera que* reduzca*, tanto como sea posible, la inclusión de eventos adversos graves en un informe presentado a la FDA***. La implicación preocupante de esta práctica es que los eventos adversos graves pueden no aparecer en el informe sobre la base del cual, la FDA, emite la autorización de emergencia para niños, por lo que el seguimiento continuo, incluso si se publica unos meses o años después de que se haya emitido la autorización temporal emitida, no ayudará a los niños que sufrirán daños o morirán después de la luz verde de la FDA.

2) ***Diseñar el protocolo de manera que se puedan* ignorar *los diagnósticos de eventos adversos graves dados en hospitales no relacionados con el sitio del estudio***. Dentro de los términos de las medidas de resultado en el protocolo del estudio, tal como se presenta en Clinicaltrials.gov, Pfizer determinó que el equipo de investigación seleccionado por Pfizer será el que defina los eventos adversos como tales. De esta manera, la empresa ha otorgado a los investigadores seleccionados por ellos el poder de definir por sí mismos cuál será el diagnóstico, independientemente del diagnóstico que se dé en el hospital / sala que no está definido como el sitio de investigación.

Tal determinación significa que si un participante en particular sufre eventos adversos graves y ha sido tratado, por ejemplo, fuera del hospital o la sala que funciona como centro de investigación, entonces, de hecho, el diagnóstico realizado por los médicos tratantes en el hospital/sala en la que se trata al participante es irrelevante. De esta manera, **Pfizer ha permitido que su equipo defina cuál será el diagnóstico, en lugar de dejar que el diagnóstico dado por los médicos tratantes los confunda**.

El análisis de riesgo-beneficio de la FDA en relación con la aplicación de la autorización de uso de emergencia (UCE) de Pfizer para inyectar a niños de 5 a 11 con su "vacuna" Covid-19 es un documento con serios fallos:

- ***Las tasas de Covid en niños de 5 a 11 años son tan bajas que hubo CERO casos de Covid grave y CERO casos de muerte por Covid en el grupo de tratamiento (n=1518) o en el grupo de control (n=750)***. Por lo tanto, **cualquier afirmación que vea en la prensa acerca de que la "vacuna" Pfizer es "90% efectiva" en niños no tiene sentido porque se refiere a casos leves de los cuales los niños generalmente se recuperan rápidamente (y luego tienen una sólida inmunidad de amplio espectro)**. Así que, literalmente, no hay ninguna emergencia en esta población para la que se pueda solicitar EUA.

- ***El ensayo clínico de Pfizer en niños fue intencionalmente insuficiente para ocultar el daño***. Este es un truco bien conocido de la industria farmacéutica. La FDA incluso los llamó al respecto a principios de este verano y le pidió a Pfizer que expandiera la prueba y Pfizer simplemente los ignoró porque pueden. (**Pfizer** manipuló **el estudio importando datos de un estudio diferente, pero este otro estudio solo monitoreó los resultados adversos durante 17 días, por lo que, en todo caso, los nuevos datos contaminaron los resultados en lugar de aclararlos**).

- ***Pfizer solo*** *reclutó* ***a 'participantes de 5 a 11 años de edad sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2'***. Pfizer no tiene idea porque los niños con infección previa por SARS-CoV-2 fueron excluidos de este ensayo. Esto fue por diseño. Según un análisis de Alex Berenson:

  "Lo que están diciendo los británicos es que ahora están descubriendo que **la 'vacuna' interfiere con la capacidad innata de su cuerpo después de la infección para producir anticuerpos no solo contra la proteína del pico, sino también contra otras partes del virus**. Específicamente, las personas 'vacunadas' no parecen estar produciendo anticuerpos contra la proteína de la nucleocápside, el caparazón del virus, que es una parte crucial de la respuesta en personas no 'vacunadas'.

  "**Esto significa que las personas 'vacunadas' serán mucho más vulnerables a las mutaciones en la proteína de pico INCLUSO DESPUÉS DE QUE SE HAYAN INFECTADO Y RECUPERADO UNA VEZ (o más de una vez, probablemente). También significa que es probable que el virus seleccione mutaciones que vayan exactamente en esa dirección porque eso esencialmente le dará una enorme población vulnerable para infectar. Y probablemente sea aún más evidencia de que las 'vacunas' pueden interferir con el desarrollo de una sólida inmunidad a largo plazo después de la infección"**.

- ¿***Pfizer perdió contacto con el 4.9% de los participantes de sus ensayos clínicos***? El documento de riesgo-beneficio de la FDA establece: "Entre los participantes de la Cohorte 1, el 95.1% tuvo un seguimiento de seguridad ≥2 meses después de la Dosis 2 en el momento del corte de datos del 6 de septiembre de 2021". Entonces, ¿qué sucedió con el 4.9% que no tuvo seguimiento de seguridad 2 meses después de la dosis 2?

  ¿Estaban en el grupo de tratamiento o de control? No tenemos idea porque Pfizer no lo dice. Dado el pequeño tamaño del ensayo, no realizar el seguimiento con el 4.9% de los participantes sesga potencialmente los resultados.

- ***El período de seguimiento fue intencionalmente demasiado corto***. Este es otro truco bien conocido de la industria farmacéutica diseñado para ocultar el daño. La cohorte 1 parece haber sido seguida durante dos meses, la cohorte 2 solo se controló para detectar eventos adversos durante 17 días.

  Muchos daños de las vacunas, incluido el cáncer y los trastornos autoinmunitarios, tardan mucho más en aparecer.

- ***El modelo de riesgo-beneficio creado por la FDA solo analiza un daño conocido de la inyección de ARNm de Pfizer: la miocarditis***. Pero sabemos que los daños en el mundo real de la inyección de ARNm de Pfizer van mucho más allá de la miocarditis e incluyen anafilaxia, parálisis de Bell, ataque cardíaco, trombocitopenia/plaquetas bajas, discapacidad permanente, herpes zóster y síndrome de Guillain-Barré, por nombrar algunos.

  El cáncer, la diabetes, la alteración endocrina y los trastornos autoinmunitarios pueden aparecer más tarde. Pero la FDA ignora todos esos factores en su modelo.

- ***Pfizer elimina intencionalmente al grupo de control tan pronto como pueden al "vacunar" a todos los niños que inicialmente recibieron el placebo***. Afirman que están haciendo esto por "razones éticas". Pero la historia de los crímenes de Pfizer deja claro que la ética no es parte de su filosofía, el motivo obvio es es acabar con cualquier grupo de comparación para que no pueda haber estudios de seguridad a largo plazo.

  Eliminar al grupo de control es un acto criminal y, sin embargo, Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson y AstraZeneca lo hacen como práctica estándar con la aprobación de la FDA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- Teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿cómo es que la FDA afirmó algún beneficio de esta "vacuna"?

"***La eficacia de la 'vacuna' se infirió mediante la inmuno-puenteo de títulos de anticuerpos neutralizantes de SARS-CoV-2 al 50% (NT50, ensayo de microneutralización de mNG de SARS-CoV-2)"***. Hubo CERO casos de Covid-19 grave en el ensayo clínico de niños de 5 a 11 años. Por lo tanto, Pfizer y la FDA simplemente ignoraron todos los resultados de salud reales.

En su lugar, Pfizer pasó a buscar anticuerpos en la sangre. En general, los anticuerpos son un mal predictor de inmunidad. Y los anticuerpos en la sangre de estos niños de 5 a 11 años no nos dicen nada porque nuevamente, hubo cero casos de Covid-19 grave en este estudio (ninguno en el grupo de tratamiento, ninguno en el grupo de control).

Así que a los directivos de Pfizer se les ocurrió hacer un "puente inmunológico". Pfizer analizó el nivel de anticuerpos en los análisis de sangre de otro estudio, en el que participaron personas de 16 a 25 años, calculó el nivel de anticuerpos que parece ser protector en esa población y luego calculó cuántos niños de entre 5 y 11 años tenían niveles similares de anticuerpos en su sangre, y luego propuso un número de cuántos casos, hospitalizaciones, admisiones a la UCI y muertes se evitarían con esta "vacuna" en la población de 5 a 11 en el futuro, según los niveles de anticuerpos y los resultados de salud de la población de 16 a 25 años. Este truco no tiene precedentes en un análisis de riesgo-beneficio.

Entonces, cuando la FDA usa esta lógica desvirtuada desde el comienzo de su documento informativo, todos los cálculos que se deriven de esto serán completamente erróneos. No solo incorrecto, sino absurdo y gravemente incorrecto.

Todo el juego se reduce a la Tabla 14 en la página 34 del documento de riesgo-beneficio de la FDA. Y ahí llegan las banderas rojas.

- ***El modelo de la FDA solo evalúa los beneficios de la protección de la "vacuna" en un período de seis meses después de completar dos dosis. Además, asume la eficacia de la "vacuna" constante durante ese período de tiempo***. Esto es erróneo y problemático por varios motivos.

  Primero, reducir los casos leves en niños no es un resultado clínico deseado. Como el Dr. Geert Vanden Bossche señala, la "vacunación" masiva se convierte en niños que derraman variantes más infecciosas. Él dijo:

  "**Bajo ninguna circunstancia se debe "vacunar" a personas jóvenes y sanas, ya que solo erosionará su inmunidad innata protectora frente a los coronavirus (CoV) y otros virus respiratorios**".

  "**Su inmunidad innata los protege normalmente/naturalmente en gran medida y proporciona una especie de inmunidad colectiva en el**

sentido de que diluye la presión de CoV infecciosa a nivel de la población, mientras que la 'vacunación' masiva los convierte en transmisores de variantes más infecciosas".

"Los niños / jóvenes que contraen la enfermedad en su mayoría desarrollan una enfermedad leve a moderada y, como resultado, continúan contribuyendo a la inmunidad colectiva al desarrollar una inmunidad amplia y duradera.

"Si está 'vacunado' y contrae la enfermedad, también puede desarrollar inmunidad de por vida, pero ¿por qué correría el riesgo de "vacunarse", especialmente cuando es joven y está sano?

En primer lugar, existe el riesgo de posibles efectos secundarios; en segundo lugar, existe el riesgo cada vez mayor de que sus anticuerpos vacunales ya no sean funcionales mientras aún se unan al virus, aumentando así la probabilidad de ADE o incluso de una enfermedad grave.

En segundo lugar, sabemos que la eficacia de la "vacuna" en el mes posterior a la primera dosis es negativa porque inhibe el sistema inmunológico y comienza a disminuir después de cuatro meses, por lo que todas las estimaciones de la FDA sobre la eficacia de la "vacuna" están desinformadas usando el riesgo relativo en vez de riesgo absoluto.

En tercer lugar, es probable que los daños de la miocarditis de estas "vacunas" se desarrollen a lo largo de los años. Robert Malone, uno de los inventores de la tecnología de ARNm, señala que la FDA está admitiendo que los niños serán inyectados dos veces al año para siempre (de ahí el marco de tiempo de seis meses en el modelo de riesgo-beneficio de la FDA).

Pero los riesgos de "eventos adversos como la miocardiopatía serán acumulativos". Por lo tanto, cualquier modelo que solo considere un período de tiempo de seis meses oculta la verdadera tasa de eventos adversos.

- ***La FDA/Pfizer juegan con sus estimaciones de miocarditis***. Primero, estiman la miocarditis "en exceso" (causada por la "vacuna") utilizando datos de la "base de datos de reclamos de salud Optum" privada en lugar del sistema público del Sistema de notificación de eventos adversos de "vacunas" (VAERS) (consulte la página 32). Por lo que es imposible que el público verifique sus afirmaciones. Luego, cuando se trata de calcular cuántos niños con miocarditis inducida por vacunas serán hospitalizados e ingresados en la UCI, utilizan el enlace de datos de seguridad de las vacunas (consulte la página 33). ¿Por qué cambiar a una base de datos diferente para esas estimaciones? Finalmente, no hay explicación de cómo calcularon las muertes por miocarditis "en exceso", por lo que simplemente pusieron 0.

La FDA estima que habrá 106 casos adicionales de miocarditis por cada millón de niños de 5 a 11 años con doble dosis. Hay 28 384 878 niños de 5 a 11, en la administración de EE.UU. Biden quiere inyectar vacunas de Pfizer ARNm en todos ellos y ha comprado ya suficientes dosis de hacer eso (aunque sólo 1/3 de los padres quieren inyectar a sus hijos con esta inyección).

Entonces (si la administración de Biden logra su plan) 106 casos de miocarditis en exceso por 1 millón x 28.38 millones de personas serían 3.009 casos de miocarditis en exceso después de la vacunación si se aprueba la vacuna Pfizer.

Y en el transcurso de varios años, muchos de esos niños morirán. El Dr. Anthony Hinton (Cirujano consultor con 30 años de experiencia en el NHS) señala que la miocarditis tiene una tasa de mortalidad del 20% después de dos años y una tasa de mortalidad del 50% después de cinco años.

Leyendo la "Guía para estudios de economía de la salud presentada al Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), Actualización de 2019" de los CDC, es fácil darse cuenta de que el lamentable análisis de riesgo-beneficio de la FDA en relación con la aplicación EUA de Pfizer para niños de 5 a 11 años de edad, viola muchos de los principios del documento de orientación de los CDC. El documento de "Guía" de los CDC describe 21 cosas que todo estudio de economía de la salud en relación con las vacunas debe hacer y el análisis de riesgo-beneficio de la FDA violó al menos la mitad de ellas.

Vamos a centrarnos en un solo factor: el número necesario a "vacunar" (NNTV). En cuatro lugares separados, el documento de orientación de los CDC menciona la importancia de crear un número necesario para vacunar (NNTV). No recordaba haber visto un NNTV en el documento de riesgo-beneficio de la FDA. Así que volví a comprobar el análisis de riesgo-beneficio de la FDA y, efectivamente, no se mencionó ningún NNTV.

Debido a que la FDA no proporcionó un NNTV, vamos a intentar proporcionarlo aquí:

El número necesario a tratar (NNT) para prevenir un solo caso, hospitalización, ingreso en la UCI o muerte, es una forma estándar de medir la eficacia de cualquier fármaco. Es una herramienta importante porque permite a los legisladores evaluar las compensaciones entre un medicamento nuevo, un medicamento existente diferente o no hacer nada. En la investigación de vacunas, el término equivalente es número necesario para vacunar (NNTV, a veces también escrito como NNV) para prevenir un solo caso, hospitalización, ingreso en la UCI o muerte (esos son 4 NNTV diferentes que se podrían calcular).

Las farmacéuticas odian hablar de NNTV y odian hablar de NNTV aún más cuando se trata de "vacunas" Covid-19 porque el NNTV es tan ridículamente alto que esta vacuna no pudo pasar ningún análisis honesto de riesgo-beneficio.

Varios economistas de la salud han calculado un NNTV para los sueros experimentales, además de los mencionados en el siguiente apartado del presente trabajo:

Ronald Brown, economista de salud de Canadá, estimó que la NNTV para prevenir un solo caso de coronavirus es de **88 a 142**.

Otros han calculado el NNTV para evitar un solo caso en **256**.

Investigadores alemanes y holandeses, utilizando un gran conjunto de datos (500k) de un estudio de campo en Israel, calcularon un NNTV entre 200 y 700 para prevenir un caso de Covid-19 para la inyección de ARNm comercializada por Pfizer. Fueron más allá y descubrieron que el "**NNTV para prevenir una muerte está entre 9000 y 100 000 (intervalo de confianza del 95%), con 16 000 como estimación puntual**".

Los números que los responsables de la formulación de políticas de salud deberían querer saber son los NNTV para prevenir una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte. Pero con la NNTV para prevenir un solo caso que ya es tan alto, y con los eventos adversos significativos de las "vacunas" contra el coronavirus que promedian alrededor del 15% en todo Estados Unidos, las farmacéuticas y la FDA no se atreven a calcular una NNTV para hospitalizaciones, UCI y muertes, porque entonces nadie se dejaría inocular.

Pfizer aprendió la lección con el ensayo de adultos y, por lo tanto, como ya hemos visto, cuando realizaron un ensayo de su "vacuna" de ARNm en niños de 5 a 11 años, intencionalmente lo hicieron demasiado pequeño (solo 2300 participantes) y demasiado corto (solo seguimiento durante 2 meses) para ocultar los daños.

Estimación de un NNTV en niños de 5 a 11 años utilizando los propios datos de ensayos clínicos de Pfizer:

Todas las estimaciones de NNTV anteriores se basan en datos de adultos. **En los niños, el NNTV será aún mayor (cuanto menor sea el riesgo, mayor será el NNTV para evitar un solo resultado negativo)**. Los niños de 5 a 11 años tienen un riesgo extremadamente bajo de muerte por coronavirus. En un metanálisis que combina datos de 5 estudios, los investigadores de Stanford, Cathrine Axfors y John Ioannidis, encontraron una tasa media de mortalidad por infección (IFR) del 0.0027% en niños de 0 a 19 años. En niños de 5 a 11 años, la IFR es aún más baja. Dependiendo del estudio que se observe, Covid-19 es un poco menos peligroso o aproximadamente equivalente a la gripe en los niños.

Entonces, ¿cuántos niños necesitarían ser inyectados con la inyección de ARNm para evitar una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte?

Examinemos la aplicación EUA de Pfizer y el análisis de riesgo-beneficio de la FDA . Según la propia admisión de Pfizer, no hubo hospitalizaciones, ingresos en la UCI ni muertes en el grupo de tratamiento o control en su estudio de 2300 niños de 5 a 11 años.

Entonces, el número necesario a "vacunar" para evitar una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte, según los datos de la propia Pfizer, es infinito ∞. Éste es el tipo de infinidad malo, ya que **podría "vacunar" a todos los niños de 5 a 11 años en los EE. UU. Y no evitar una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte por coronavirus según los datos de los ensayos clínicos de Pfizer presentados a la FDA**.

Estimación de un modelo NNTV y de riesgo-beneficio en niños de 5 a 11 años utilizando los datos limitados que están disponibles:

Todo el mundo sabe que Pfizer ni siquiera estaba tratando de realizar un ensayo clínico responsable de su inyección de ARNm en niños de 5 a 11 años. Pfizer podría haber presentado a la FDA una servilleta de papel con cualquier cosa escrita y a lápiz, que el VRBPAC lo habría aprobado igual.

No obstante, intentemos llegar a una mejor estimación basada en datos del mundo real. Con el tiempo, otros desarrollarán una estimación mucho más sofisticada (por ejemplo, Walach, Klement y Aukema, 2021 estimaron un NNTV para 3 poblaciones diferentes en función de los "días posteriores a la dosis"). Pero para nuestros propósitos aquí, creo que hay una manera mucho más fácil de llegar a una estimación aproximada de NNTV para niños de 5 a 11 años:

A 30 de octubre de 2021, los CDC declararon que 170 niños de entre 5 y 11 años habían muerto por enfermedades relacionadas con Covid-19 desde el inicio de la pandemia. (Eso representa menos del 0.1% de todas las muertes relacionadas con el coronavirus en todo el país, aunque los niños de esa edad representan el 8.7% de la población de EE. UU.).

Según las estimaciones teóricas (no reales), la inyección de ARNm de Pfizer solo "funciona" durante aproximadamente 6 meses (aumenta el riesgo en el primer mes, brinda protección moderada en los meses 2 a 4 y luego la efectividad comienza a disminuir, por lo que todos los modelos de la FDA solo se usaron un tiempo de 6 meses). Por lo tanto, cualquier modelo tendría que basarse en la eficacia de la "vacuna" en relación con los 57 (170/3) niños que, de otro modo, podrían haber muerto de una enfermedad relacionada con Covid durante un período de 6 meses.

En el mejor de los casos, la inyección de ARNm de Pfizer podría tener una efectividad del 80% contra las hospitalizaciones y la muerte. Ese número proviene directamente del modelo de la FDA (p. 32). Estoy haciendo todo lo posible para darle a Pfizer el beneficio de la duda considerable porque, nuevamente, el ensayo clínico de Pfizer NO mostró una reducción en las hospitalizaciones o muertes en este grupo de edad. Por lo tanto, inyectar a los 28 384 878 niños de 5 a 11 años con dos dosis de Pfizer (que es lo que la administración de Biden quiere hacer) salvaría, como máximo, 45 vidas (0.8 de efectividad x 57 muertes que de otra manera habrían ocurrido durante ese período de tiempo = 45).

Entonces, el NNTV para prevenir una sola muerte en este grupo de edad es 630 775 (28 384 878/45). Pero es un régimen de dos dosis, por lo que si se quiere calcular el **NNTV por inyección**, el número se duplica a **1 261 550**. Es literalmente el peor NNTV en la historia de la "vacunación".

Debido a que el ensayo clínico de Pfizer no tiene datos utilizables, tenemos que hacer un puente inmunológico del grupo de edad más cercano.

31 761 099 personas (aproximadamente un 10% más de personas que en el grupo de edad de 5 a 11 años) de 12 a 24 años han recibido al menos una "vacuna" contra el coronavirus.

El programa de "vacuna" Covid-19 solo ha existido durante 10 meses y las personas más jóvenes solo han tenido acceso más recientemente (los niños de 12 a 15 años han tenido acceso durante cinco meses; desde el 10 de mayo), por lo que estamos viendo aproximadamente el mismo período de tiempo de observación como se modeló anteriormente.

Durante ese tiempo, hay 128 informes de efectos secundarios fatales después de inyecciones de ARNm del coronavirus en personas de 12 a 24 años (hasta el 22 de octubre de 2021. Sin embargo, hay un retraso en los informes, por lo que el número real de informes que se han presentado es seguramente mayor).

Kirsch, Rose y Crawford (2021) estiman que VAERS subestima las reacciones fatales en un factor de 41, lo que situaría el total de efectos secundarios fatales en este rango de edad en 5248 (Kirsch et al. representa una estimación conservadora porque otros han puesto el factor de subregistro en 100).

Dado que los efectos secundarios potencialmente mortales, que incluyen mio y pericarditis, afectan de manera desproporcionada a los jóvenes, es razonable pensar que con el tiempo la tasa de efectos secundarios fatales de las inyecciones de ARNm en niños de 5 a 11 años podría ser similar a la de los de 12 a 24 años.

Entonces, en pocas palabras, el plan de administración de Biden causaría ***la muerte a 5248 niños a través de inyecciones de ARNm de Pfizer para evitar que 45 niños mueran de coronavirus***. ***Por cada niño salvado por el suero, otros 117 morirían por la inoculación de dicho suero***.

Por si fuera poco lo dicho, ***Pfizer no*** reveló ***al menos 9 muertes en el ensayo clave de su "vacuna" Covid-19 antes del 13 de marzo, y luego dejó de registrar las pérdidas de vidas***.

Pfizer mintió sobre el número de personas que murieron durante sus ensayos de la vacuna Covid. Pfizer dijo al mundo que 15 personas que recibieron la "vacuna" en su ensayo habían muerto a mediados de marzo. Resulta que la cifra real entonces era de 21, en comparación con sólo 17 muertes en personas que no habían sido "vacunadas".

En su informe inicial de seguridad a la FDA, que contenía datos hasta noviembre de 2020, los investigadores habían dicho que cuatro receptores de placebo y dos receptores de la vacuna murieron, uno después de la primera dosis y otro después de la segunda. La actualización de julio invirtió esa tendencia. Entre noviembre de 2020 y marzo de 2021, 13 receptores de la vacuna murieron, en comparación con solo 10 sujetos de placebo.

Además, ***nueve receptores de la "vacuna"*** murieron ***por eventos cardiovasculares como ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares***, en comparación con seis receptores del placebo que murieron por esas causas. El desequilibrio era pequeño pero notable, teniendo en cuenta que los reguladores de todo el mundo habían descubierto que las "vacunas" de ARNm de Pfizer y Moderna estaban relacionadas con la inflamación del corazón en hombres jóvenes.

En el mejor de los casos, los resultados sugerían que la "vacuna" de Pfizer/BioNTech -que ahora se ha impuesto a casi mil millones de personas en todo el mundo con un coste de decenas de miles de millones de dólares y unas restricciones de las libertades civiles ruinosas y cada vez más graves- no contribuía a reducir el número total de muertes.

Peor aún, Pfizer y BioNTech habían "vacunado" a casi todos los receptores de placebo en el ensayo poco después de que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobara la vacuna para su uso de emergencia el 11 de diciembre de 2020.

Como resultado, habían destruido nuestra mejor oportunidad de comparar la salud a largo plazo de un gran número de receptores de la "vacuna" con un grupo científicamente equilibrado de personas que no habían recibido el medicamento. El informe del 28 de julio parecía ser la última actualización de datos de seguridad limpios que tendríamos.

Pero la FDA nos dio una más:

El 8 de noviembre, la agencia publicó su "Resumen de Bases para la Acción Regulatoria", una nota de 30 páginas que explica por qué el 23 de agosto concedió la aprobación completa a la vacuna de Pfizer, reemplazando la autorización de emergencia de diciembre de 2020.

Y enterrado en la página 23 del informe se encuentra lo siguiente:

Desde la primera dosis hasta la fecha de corte de datos del 13 de marzo de 2021, hubo un total de 38 muertes, 21 en el grupo de la "vacuna" COMIRNATY y 17 en el grupo del placebo.

Pfizer dijo públicamente en julio que había encontrado 15 muertes entre los receptores de la vacuna a mediados de marzo. Pero dijo a la FDA que había 21, en la misma fecha de cierre de los datos, el 13 de marzo. 21. No 15.

La cifra del placebo en el ensayo también era errónea. Pfizer registró 17 muertes entre los receptores del placebo, no 14. Nueve muertes adicionales en general, seis entre los receptores de la "vacuna".

El 2 de noviembre, los miembros de ACIP votaron 14-0 para recomendar la autorización de uso de emergencia (EUA) del suero de Pfizer para niños de 5 a 11 años. Los miembros del comité rápidamente votaron "sí" a pesar de las muchas incógnitas sobre la seguridad a largo plazo, incluida una falta total de datos sobre el riesgo de problemas cardíacos como los que experimentan algunos adolescentes que recibieron "vacunas" Covid.

Ya hemos comprobado que Pfizer violó los protocolos del estudio y manipuló los datos con el fin de obtener una autorización de emergencia para que su "vacuna" experimental de ARNm antiCovid-19 se administrara a niños. Además, más adelante demostraremos que Pfizer falseó los datos referentes al cálculo de la efectividad de su suero (ver esto). Ahora vamos a ver como también han falseado los datos referentes al cálculo de la efectividad de su suero para niños menores de 5 años:

Tras conseguir la autorización para incular a los menores de 5 años, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y sus "amiguitos del alma" de Pfizer, afirman ***que la nueva "vacuna" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19) para niños pequeños menores de cinco años tiene una efectividad del*** 80%***. Resulta, sin embargo, que la cifra real es solo del*** 3%.

Lo que el complejo farmacéutico-industrial ha hecho una vez más es confundir los datos de tal manera que la inyección parezca "segura y efectiva" cuando la realidad es que es todo lo contrario. La forma en que lo hicieron fue ***contando solo los nuevos "casos" de la gripe Fauci si ocurrieron después de la tercera inyección con ARNm sintético (ARN mensajero)***.

Alex Berenson lo explica más a fondo:

"Esto es lo que hicieron la Administración de Alimentos y Medicamentos y Pfizer; solo contaron los casos después de la TERCERA dosis de ARNm. ***De las 375 infecciones por SARS-CoV-2 en el ensayo, 365 ocurrieron antes de la tercera dosis. Solo 10 ocurrieron después de la tercera dosis. La cifra de eficacia se basa en el 3% DE TODAS LAS INFECCIONES EN EL ENSAYO. (Es por eso que los intervalos de confianza son tan grandes)***.

La inyección de Pfizer para bebés apenas es efectiva en el mejor de los casos, además ***para los bebés más jóvenes, se*** demostró ***claramente en los ensayos que aumenta el riesgo de infección***.

Incluso después de manipular los números, Pfizer no pudo ocultar el hecho de que ***para los niños menores de dos años, ser inoculado proporciona una*** eficacia negativa***, lo que*** significa ***que causa daño al sistema inmunológico***.

Debemos tener en cuenta, que esto va más allá de los efectos secundarios inmediatos causados por los pinchazos, que ya de por sí, son graves; así, en algunos casos ***durante el ensayo***, ***las inoculaciones,*** dieron ***como resultado que los bebés desarrollaran fiebres de más de 104 grados Fahrenheit o 40 grados Celsius, que es casi una sentencia de muerte***.

Autoriza, oculta, miente

Aún con la inmensa cantidad de pruebas de lo dañinos y poco efectivos que son los sueros experimentales y muy especialmente para los niños y adolescentes; como he mencionado, la FDA aprobó la autorización para la inoculación con Pfizer para niños de 5 a 11 años, a pesar de las fuertes objeciones planteadas durante la reunión por varios científicos y médicos. Un ejemplo, es el testimonio de Brian Dressen, químico con una amplia experiencia en la investigación y evaluación del grado de eficacia de las nuevas tecnologías.

Dressen también es el esposo de Brianne Dressen, quien desarrolló una lesión neurológica grave durante la parte de Utah del ensayo de la "vacuna" Covid AstraZeneca de Estados Unidos. En 2020, después de resultar lesionada por la primera dosis, Brianne se retiró del ensayo.

Durante su testimonio de 3 minutos, dijo al panel asesor de la FDA que ***la "vacuna" de Pfizer "falló en cualquier cálculo razonable de riesgo-beneficio en relación con los niños"***. Exactamente dijo:

"Su decisión está siendo apresurada, basada en datos incompletos de ensayos con poca potencia, insuficientes para predecir las tasas de reacciones adversas graves y duraderas. Insto al comité a rechazar la modificación de la EUA [autorización de uso de emergencia] y ordenar a Pfizer que realice pruebas que demuestren de manera decisiva que los beneficios superan los riesgos para los niños. Entiendo de primera mano el impacto que tendrá o no tendrá con la decisión que tomará hoy".

Dressen le dijo a la FDA cómo su esposa resultó gravemente herida en noviembre pasado por una dosis única de una "vacuna" Covid administrada durante un ensayo clínico: "Debido a que el protocolo del estudio requiere dos dosis, se eliminó del ensayo y se eliminó su acceso a la aplicación del estudio. Su reacción no se describe en el informe del ensayo clínico publicado recientemente. Se describe que 266 participantes tuvieron un evento adverso que llevó a la interrupción, con 56 reacciones neurológicas contabilizadas".

Dijo que desde entonces él y su esposa se han reunido con participantes de otros ensayos de "vacunación", incluido el ensayo de Pfizer para niños de 12 a 15 años, que sufrieron reacciones y suerte similares: "Los grupos de apoyo para afectados están creciendo. Las membresías ascienden al menos a decenas de miles. Debemos hacerlo mejor. Los afectados en un ensayo son una pieza fundamental de los datos de seguridad de las 'vacunas'. Están siendo arrojados a un lado y olvidados. La FDA ha conocido de primera mano su caso y miles de otros. La FDA también ha declarado que sus propios sistemas no están identificando este

problema y que VAERS no está diseñado para identificar señales de síntomas múltiples. El sistema está roto".

Dressen dijo que la vida de su familia ha cambiado para siempre: "Los ensayos clínicos no están evaluando adecuadamente los datos. La FDA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y las compañías farmacéuticas continúan desviando los gritos persistentes y repetidos de ayuda y reconocimiento, dejando a los heridos como daños colaterales”.

“Hasta que no cuidemos adecuadamente a los que ya están afectados, reconozcamos el alcance total de las lesiones que les están sucediendo a los adultos, por favor no les dé esto a los niños. Tienen la responsabilidad muy clara de evaluar adecuadamente los riesgos y beneficios de estas ‘vacunas’. Es obvio que eso no está sucediendo”.

“El sufrimiento de miles continúa cayendo repetidamente en oídos sordos ante la FDA. Cada uno de ustedes tiene una responsabilidad importante hoy y saben que sin duda, cuando ***aprueban esto para los niños de 5 a 11 años, están condenando a niños inocentes y padres desinformados a un destino que sin duda les robará la vida a algunos de ellos***".

El Dr. Bryan Ardis habló sobre la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de las “vacunas” contra la Covid-19 para niños durante el episodio del 27 de octubre de "The Dr. Ardis Report" en Brighteon TV. Ardis dijo que la FDA aún aprobó la vacuna Pfizer-BioNTech para niños a pesar de ser consciente de sus riesgos:

“¿Por qué aprobaron esto, cuando ya se ha demostrado que ha dañado a un montón de personas? No estoy de acuerdo con que en realidad se sentaron durante toda una reunión toda la mañana de ayer y luego dijeron que no hay datos que respalden que los riesgos superan los beneficios de las “vacunas” para niños de cinco a 11 años".

Ardis citó la hoja de datos de la FDA para la “vacuna” Pfizer-BioNTech, que describe los riesgos asociados con ella. Estas hojas informativas también están disponibles para la inyección de ARNm de Moderna y la “vacuna” Johnson & Johnson de dosis única.

“¿Cuáles son algunos de los riesgos asociados con esta inyección para la que, simplemente, ampliaron la autorización de uso de emergencia? En realidad, enumera los efectos secundarios que se han informado con esta ‘vacuna’, incluida la miocarditis y pericarditis. Este es el documento de la FDA, por lo que saben que estos son efectos secundarios de las vacunas".

También miró la hoja de datos de la FDA para la “vacuna” de ARNm de Moderna. Al igual que en el documento de Pfizer, los riesgos de la vacuna de dos dosis incluyen miocarditis, pericarditis y desmayos. Ardis señaló que los desmayos están realmente relacionados con la inflamación cardíaca.

"Menciona desmayos asociados a la inyección de la 'vacuna'. Eso significa que algunas personas se sienten mareadas y se desmayan. Sin embargo, ¿sabía que un síntoma de miocarditis en realidad se llama síncope? Desmayarse, perder el conocimiento y desmayarse, es un efecto secundario, una complicación de la miocarditis", explicó Ardis.

"Ellos te van a inyectar una inyección que saben que causa inflamación del músculo cardíaco, que en realidad es una causa de insuficiencia cardíaca congestiva. ¿Cuántos de ustedes piensan que sus hijos de cinco a 11 años merecen comenzar su adolescencia con insuficiencia cardíaca congestiva causada por miocarditis?".

No obstante, los reguladores estaban preocupados por la seguridad del suero de Moderna antiCovid, particularmente entre pacientes jóvenes, tras los datos publicados durante el verano que sugirieron que el pinchazo de Moderna podría ser aún más peligroso para los pacientes más jóvenes que su principal rival, el suero experimental de Pfizer. Los estudios de seguridad de ambas "vacunas" llevados a cabo por investigadores canadienses encontraron que el riesgo del suero de Moderna podría ser hasta 2.5 veces más alto que los peligros de los efectos secundarios del suero de Pfizer.

Después de que la FDA y los CDC ignoraron los consejos de sus respectivos paneles asesores y siguieron adelante con la oferta de aprobaciones de uso de emergencia para ambos sueros y el suero de J&J para pacientes más jóvenes, la FDA reexaminó su decisión de autorizar el suero de Moderna para adolescentes de hasta 12 años. Específicamente, la agencia examinó la posibilidad de una inflamación cardíaca peligrosa en un cierto grupo de pacientes más jóvenes, que tienen un mayor riesgo de sufrir efectos secundarios.

La FDA decidió retrasar la aprobación de la "vacuna" de Moderna para pacientes de entre 12 y 17 años, una decisión que se toma solo tres días después de que la FDA autorizara la "vacuna" Covid-19 de Pfizer-BioNTech para niños de entre cinco y 11 años.

También se produjo justo antes de que se esperaba que los asesores de Moderna expandieran el uso de emergencia de la vacuna también a los pacientes más jóvenes.

Según Hill, Moderna, con sede en Cambridge, Massachusetts, le dijo que la agencia federal necesitaría hasta al menos enero de 2022 antes de que la FDA pueda finalizar su revisión.

El anuncio se produjo después de que varios países, incluidos Finlandia y otros desde países nórdicos hasta Japón, expresaron su preocupación de que la "vacuna" Moderna aumentara el riesgo de miocarditis en hombres de 18 a 30 años.

Durante meses, la "vacuna" de Moderna ha estado bajo escrutinio debido a datos que muestran que los hombres jóvenes que la reciben tienen un mayor riesgo de

miocarditis, una inflamación del músculo cardíaco y pericarditis, una inflamación del saco alrededor del corazón.

El Dr. Tom Shimabukuro dijo que existe un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis con la "vacuna" de Moderna o de Pfizer, en particular después de la segunda dosis de las "vacunas".

Según el Daily Mail, los datos indicaron que el riesgo era 13 veces mayor para quienes recibieron la "vacuna" de Moderna que para quienes recibieron la "vacuna" Pfizer.

La FDA había abordado la preocupación por la "vacuna" Pfizer en su declaración dándole autorización completa, diciendo que "los datos demuestran mayores riesgos, particularmente dentro de los siete días posteriores a la segunda dosis". "El riesgo observado es mayor entre los hombres menores de 40 años en comparación con las mujeres y los hombres mayores. El riesgo observado es más alto en los hombres de 12 a 17 años de edad", dijo la FDA. La agencia señaló que "algunas personas requirieron apoyo de cuidados intensivos" y que aún no se dispone de información a largo plazo sobre los riesgos.

En respuesta a la autorización del suero de Pfizer para niños de 5 a 11 años, la Asociación de Médicos y Cirujanos Estadounidenses (AAPS, por sus siglas en inglés) emitió una declaración de que ***cualquier persona que administre la inyección debe obtener primero un consentimiento totalmente informado y completamente voluntario, sin amenazas ni incentivos***.

AAPS señala que las pruebas en niños fueron limitadas. Solo 1518 niños recibieron las inyecciones y 750 recibieron un placebo. El seguimiento fue de solo dos meses en un grupo y 2.5 semanas en otro.

Se afirma que las inyecciones tienen una efectividad del 91% contra la Covid sintomático en niños, según 16 casos de Covid en el grupo placebo y tres casos en el grupo "vacunado". ***AAPS observa que se trata de una reducción absoluta del riesgo de solo alrededor del 2%***.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ***reconoce un riesgo de miocarditis (inflamación del corazón)*** y requiere estudios poscomercialización que duren cinco años en adultos en su carta de aprobación de la "vacuna" BioNTech Comirnaty, que es similar al producto Pfizer pero aún no disponible en los EE. UU. Todos los demás productos están disponibles únicamente bajo una autorización de uso de emergencia (EUA).

AAPS declara: "No conocemos ni podemos conocer los efectos a largo plazo sobre el cáncer, la fertilidad o las enfermedades autoinmunes". Sin embargo, el miembro del comité, el Dr. Eric Rubin, afirma: "Nunca vamos a saber qué tan segura es esta 'vacuna' a menos que comencemos a administrarla. Así es como funciona".

AAPS concluye que "***para dar un consentimiento verdaderamente informado, los padres necesitan información completa sobre los posibles efectos secundarios, incluso si son 'extremadamente raros***'".

AAPS hace las siguientes observaciones:

- En la prueba, solo 1518 niños recibieron las inyecciones y 750 recibieron un placebo. Esto ***es demasiado poco para ver efectos secundarios poco comunes, como miocarditis / pericarditis***, como admite Pfizer.
- El seguimiento fue de dos meses en un grupo y solo 2.5 semanas en otro. La solicitud de Pfizer ***establece que las secuelas a largo plazo de la miocarditis / pericarditis "posvacunación" en participantes de 5 a 12 años de edad se estudiarán después de que se autorice la "vacuna" para los niños***.
- ***Los niños no fueron examinados para detectar miocarditis asintomática leve, que podría causar daños a largo plazo, como al verificar los niveles de troponina o ecocardiogramas, o para detectar problemas de coagulación sanguínea, como al verificar el recuento de plaquetas y los dímeros D***.
- El único producto "aprobado" por la FDA, BioNTech's Comirnaty (aún no disponible en los Estados Unidos), ***debe realizar estudios sobre miocarditis que duren 5 años***.
- Se supone que se requieren exámenes de calificaciones de seguridad mensuales de las tres "vacunas" disponibles, que tienen diferentes dosis, pero ***no se ha producido ni lanzado ninguno***.
- La afirmación de una efectividad relativa del 91% contra la Covid sintomática en niños se basa en 16 casos de Covid en el grupo placebo y tres casos en el grupo "vacunado" durante el breve período de seguimiento. ***Se trata de una reducción absoluta del riesgo de aproximadamente un 2%***.
- ***No conocemos ni podemos conocer los efectos a largo plazo sobre el cáncer, la fertilidad o las enfermedades autoinmunes***. "Pero nunca vamos a saber qué tan segura es esta 'vacuna' a menos que comencemos a administrarla. Así es como funciona", afirmó el miembro del comité, el Dr. Eric Rubin, médico del Hospital Brigham and Women's de Boston, profesor de inmunología en la Escuela de Salud Pública TH Chan de Harvard y actual editor en jefe del New England Journal of Medicine. La alternativa a dar un producto a la mayor parte de una generación completa son los estudios en animales o restringir el uso a un grupo definido con más probabilidades de beneficiarse, con un seguimiento estrecho.
- La dosis para niños es un tercio de la dosis para adultos. ***La dosificación en pediatría generalmente se determina por peso. No todos los***

niños pesan lo mismo y su peso no se triplica entre los 11.9 y los 12 años.

- ***No se ha demostrado que los productos Covid interrumpan la infección y la transmisión. El enmascaramiento y el distanciamiento todavía se recomiendan o requieren para los adultos. Por lo tanto, las esperanzas de volver a la normalidad una vez "vacunados" están fuera de lugar***.

Por otro lado, el Comité Asesor de Vacunas de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) se reunió a mediados de junio del 22 para discutir las solicitudes para modificar la Autorización de uso de emergencia (EUA) de las inyecciones de ARNm antiCovid-19 de Moderna y Pfizer-BioNTech.

Moderna solicitó que su EUA incluyera la administración de una serie primaria de la inyección a bebés, niños y adolescentes de 6 meses a 17 años. El Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC) votó 22 a 0 para recomendar la "vacuna" de dos dosis de Moderna para niños de 6 a 11 años con la mitad de la potencia de la versión para adultos, logró un 22 a 0 a favor de autorizar la "vacuna" para jóvenes de 12 a 17 años con la misma fuerza que los adultos.

Pfizer-BioNTech solicitó que su EUA incluyera la administración de una serie primaria a bebés y niños de 6 meses a 4 años.

La EUA que recibió Pfizer incluye un régimen de tres dosis ("vacunas" de 3 microgramos) para niños de 6 meses a 5 años; mientras que la de Moderna incluye un régimen de dos dosis ("vacunas" de 25 microgramos) para niños de seis meses a seis años.

Un detalle importante, es que las compañías farmacéuticas necesitaban ***incluir a este último grupo de edad bajo la EUA porque una vez que se*** declare ***el "fin" de esta emergencia, la siguiente fase de protección de responsabilidad*** requiere ***de las "vacunas" reciban la aprobación por parte del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los CDC. Una vez que la "vacuna" se*** apruebe ***dentro del programa de "vacunación" infantil,*** queda protegida ***de forma permanente de cualquier responsabilidad por lesiones y muertes que ocurran en cualquier grupo de edad, incluyendo adultos***.

La realidad, es que la tasa de hospitalización por Covid-19 entre niños de 5 a 10 años tan solo es del 0.0008%. En el mundo real, esa cifra está tan cerca del cero que es difícil reducirla aún más. De igual forma, según este estudio británico, ***el riesgo de morir*** de Covid-19 para niños menores de 18 años es de **dos en un millón**. Es "muy raramente fatal" en niños y jóvenes, "incluso entre aquellos con comorbilidades subyacentes". Este riesgo de mortalidad cero o casi cero se refleja en otros estudios. Por ejemplo, de entre los que hemos visto, un estudio mostró una tasa de mortalidad de **cero entre 48 000** niños sin condiciones preexistentes; y un gran estudio realizado en Alemania encontró que

la tasa de letalidad entre los niños es de ***tres en un millón***, ***y cero muertes en niños menores de cinco años***.

Para ayudar a comprender cuán extremadamente bajo es esto y ponerlo en contexto: ***los niños tienen muchas más probabilidades de morir por una*** larga lista ***de otras causas,*** incluidos ***accidentes automovilísticos, ahogamiento y enfermedades cardíacas. Tienen unas 10 veces más probabilidades de morir por homicidio***.

A pesar de eso, el Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC), que es el panel asesor de vacunas de la Administración de Alimentos y Medicamentos, aprobó por unanimidad la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para las "vacunas" antiCovid de Pfizer y Moderna en bebés y niños pequeños.

Al otorgar esta EUA, la FDA decidió volver a dejar aun lado la ética médica al ignorar todos los datos de lesiones y muertes. Cuando la FDA y los CDC aprobaron las inyecciones antiCovid para uso de emergencia en niños pequeños de seis meses a cuatro años, ignoraron los "***245 informes estadounidenses" al Sistema de Informes de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS) de niños de esta edad que fueron inyectados "fuera de lo indicado" o expuestos "a través de la leche materna" a una inyección de ARNm antiCovid***, según el documento informativo de la FDA. Debido a que estas "vacunas" no estaban indicadas en la etiqueta, no sabemos el número total de niños inyectados/expuestos y, por lo tanto, no podemos saber la proporción de niños que sufrieron reacciones adversas.

Además, antes de la aprobación de los CDC, ***al menos*** 58 ***bebés menores de tres años sufrieron eventos adversos potencialmente*** mortales ***después de recibir las inyecciones de ARNm, incluido un paro cardíaco en un bebé de dos meses y una reacción anafiláctica, insuficiencia respiratoria, neumonía y más en una niña que fue marcada como no recuperada***.

Estas lesiones no ocurrieron bajo las condiciones controladas de los ensayos oficiales de "vacunas" mRNA antiCovid para niños; por lo tanto, el riesgo real de las "vacunas" se cuestiona seriamente, y el análisis de riesgo-beneficio de la FDA y los CDC es dudoso, por decir lo menos.

Ahondando un poco más, la presentación de Pfizer es el caso más extremo de manipulación de datos y mala ciencia jamás presentado a la FDA. El estudio fue aprobado ***sobre la base de 4500 participantes, pero 3000 de ellos no llegaron al final del ensayo. Eso por sí solo es suficiente para que el estudio sea*** nulo y sin efecto.

Hay otras tres medidas que se utilizaron para evaluar la eficacia: Covid total, Covid 'grave' y hospitalizaciones.

Los investigadores descubrieron que hubo ***un*** 30% ***más de casos de Covid en el grupo "vacunado" en las tres semanas posteriores a la primera dosis,***

pero* ignoraron *esos datos. También* ignoraron *los datos después de la segunda dosis donde no hubo beneficio. Luego* ignoraron *una semana completa después de la tercera dosis también.

En total, ***el* 97% *de los casos de Covid en el ensayo fueron ignorados***. Finalmente, ***se* enfocaron *en 7 casos en el grupo placebo más de una semana después de la "vacunación" y 3 en el grupo "vacunado" y sobre la base de esos* pequeños *números durante ese período muy corto,* afirmaron *la eficacia***. Pfizer describió este problema así:

"La eficacia de la vacuna posterior a la 3ra. dosis no se puede estimar con precisión debido al número limitado de casos acumulados durante el seguimiento a ciegas, como se refleja en los amplios intervalos de confianza asociados con las estimaciones".

También informaron sobre niños que habían tenido dos episodios de Covid. En total había 12 de esos niños. 11 de ellos fueron "vacunados" antes de tener estas segundas infecciones. ***Esto hace que cualquier afirmación de Covid reducido sea más que* dudosa**.

En el ensayo definieron "Covid grave" cuando hubo un aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria. En el grupo de 2 a 4 años, hubo 6 casos graves de Covid en el grupo de la "vacuna" (de ellos dos se "vacunaron" después de recibir el placebo) y solo uno en el grupo del placebo. ***Aunque estos números son pequeños,* sugieren *que era más probable que la "vacuna" aumentara el riesgo de covid grave en lugar de reducirlo***.

Solo un niño fue hospitalizado con una prueba de Covid positiva. Este niño fue "vacunado" y hospitalizado con una convulsión. ***A pesar de que los investigadores* concluyeron *que la convulsión probablemente estaba relacionada con la "vacuna",* mantuvieron *a este pobre niño en el ensayo y le dieron una dosis adicional de la "vacuna"***.

En general,* no hubo reducción *en Covid (la diferencia en todo el ensayo no fue estadísticamente significativa incluso para un subgrupo en particular); ***hubo Covid* más grave *en el grupo "vacunado" y una hospitalización en el grupo "vacunado"***.

La seguridad solo se controló durante* 6 semanas *antes de que decidieran "vacunar" a los niños en el grupo de placebo,* mostrando *un desprecio total por una recopilación significativa de datos de seguridad reales. Había tres niños que tenían fiebre grave y todos estaban en el grupo de la "vacuna".

En este vídeo, la Dra. Clare Craig explica algunas de las razones por las que la agencia de medicamentos y alimentos de los Estados Unidos (FDA) no debió ***autorizar las inoculaciones de ARNm a niños de 6 meses a 4 años de edad***. Con base en su análisis, la Dra. Craig indica que ***el ensayo clínico en el que se basó la autorización, debió haber sido anulado***.

Veamos algunas cosas que los miembros del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), vieron y escucharon antes de votar para recomendar la aprobación de todos modos:

Procedieron a la recomendación de aprobación con base en una conjetura **de que tres dosis corregirán la eficacia negativa**.

Pfizer tiene un problema serio: sus datos de dos dosis reflejan la realidad sobre la que se ha estado informando desde que salieron los datos de Israel y el condado de Barnstable: ***el intervalo de confianza para su estimación del número de casos prevenidos por tres dosis de su "vacuna"*** apunta***, en todo caso, a una eficacia*** negativa (-369.1 a 99.6).

El intervalo de confianza cruza cero. El problema no es solo que el resultado se base en una cantidad ridículamente pequeña de puntos de datos. El problema también es que ***este resultado*** confirma ***(valida) el resultado de la inyección de dos dosis***. ***Su medida de la eficacia de la inyección fue solo del*** 14.5%***, siete días después de la segunda dosis, los intervalos de confianza cruzaron el cero, por lo que*** no fueron ***estadísticamente significativos***.

Se basaron en medidas de resultado indirectas (anticuerpos neutralizantes). ***Los anticuerpos neutralizantes suenan bien, pero son los anticuerpos*** equivocados (***el supuesto virus Wuhan-1 está extinto)***.

Todo el programa de "vacunación" aumentará ***los números de Covid-19 en todos los ámbitos de forma rutinaria y regular*** debido ***a la mejora dependiente de anticuerpos (***ADE***)***, como predice el análisis del Dr. Fantini.

Nadie planteó la cuestión del incumplimiento **del 50% de eficacia requerido por la FDA**.

Los propios datos de punto final de Moderna y Pfizer no alcanzan ***la marca del 50%***. Pfizer disminuyó su dosis y esto parece haber disminuido los eventos adversos informados. Pero pronto llegaremos al verdadero problema de los eventos adversos.

Están ignorando ***el riesgo de alteración del neurodesarrollo***. La inyección de Moderna en especial tuvo altas cifras de fiebres altas. Existen muchos estudios que muestran que la fiebre alta después de la vacunación está asociada con el autismo, especialmente si los niños reciben acetaminofeno.

Moderna presentó datos de anticuerpos contra la cepa de referencia (Wuhan-1). Pero no solo nos importa qué tan buena sea una inyección para generar anticuerpos. Moderna lo sabe. VRBPAC lo sabe.

Definición de caso *inconsistente*. Moderna solo realizó pruebas de PCR si los pacientes del grupo "vacunado" tenían dos síntomas. En otras palabras, inventaron su propia designación clínica de "Covid-19. Según la definición de caso

de los CDC (que tampoco es correcta), los datos de Moderna muestran que en niños de 2 a 5 años, la eficacia de la "vacuna" fue del 36.8%, pero según la nueva definición de Moderna, del 46.4%.

Moderna también usó pruebas de antígenos, lo que hace que cualquier medida de eficacia sea incomparable con otros estudios.

Riesgo de hospitalización citado fuera de contexto.

Un miembro del comité comparó el riesgo de que un niño muera de Covid-19 con el de una persona a la que le caiga un rayo (vea cálculos aquí). Mostraron el "aumento" de la tasa de hospitalización de Ómicron.

La evidencia epidemiológica no respalda las inyecciones antiCovid para bebés, niños y adolescentes

La evidencia epidemiológica muestra que los bebés, niños y adolescentes nunca necesitaron inyecciones contra el Covid-19 y ciertamente no las necesitan ahora.

Según el Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI), ***para* evitar *un ingreso único en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de niños de 5 a 11 años, se deben* administrar 4 millones de dosis*. Suponiendo dos dosis por niño, eso* significa *que 2 millones de niños deben correr el riesgo de* sufrir *efectos secundarios potencialmente graves para* evitar *que un solo niño requiera cuidados intensivos debido a la Covid-19***.

Según la JCVI:

"La 'vacunación' de niños de 5 a 11 años que no están en un grupo de riesgo clínico evitaría un número relativamente pequeño de hospitalizaciones o admisiones en cuidados intensivos".

"Para una variante como Ómicron, se necesitarían alrededor de cuatro millones de dosis de inyecciones para dos millones de niños para evitar una admisión a la UCI. Para enfermedades menos graves, 58 000 inyecciones infantiles evitarían la hospitalización de un niño".

"Los niños ingresados recientemente en el hospital con Covid tuvieron una estadía promedio de 1 a 2 días. La ola de Ómicron no vio más niños en el hospital que antes de que Ómicron llegara al Reino Unido".

Al decidir si aprobar las solicitudes de emergencia, EUA, hay dos preguntas centrales que VRBPAC no debe ignorar. La primera es si es necesaria la "vacunación" de los niños. Ya no es el verano de 2020. Ya no estamos profundamente inmersos en la agonía de la supuesta pandemia.

Como hemos visto, está muy bien establecido que ***los niños, incluso sin "vacunación", tienen un* bajo riesgo *de complicaciones graves por Covid-19***.

La aprobación primaria para niños pequeños no es lo mismo que la aprobación de emergencia de las inyecciones Covid-19 para adultos en 2020.

***El** riesgo **que presenta Covid-19 para los niños es** minúsculo*, como ya hemos demostrado. La literatura médica y múltiples artículos en la prensa no especializada han detallado durante algún tiempo, y en términos inequívocos, que es difícil justificar la "vacunación" de los grupos de edad más jóvenes porque ***la enfermedad grave y las** hospitalizaciones **en niños no "vacunados" son muy** raras*.

Las inyecciones de las que hablamos se** desarrollaron **para la cepa original de Covid-19, que es** responsable **de menos del** 1% **de los casos nuevos.

***Como veremos más adelante en el apartado titulado: "Variantes", las supuestas mutaciones de Covid-19 son mucho** menos graves **y existe una amplia** disponibilidad **de terapias preventivas, de exposición temprana y tratamiento** temprano **con registros de seguridad** conocidos*, como hemos visto.

Por otro lado, hay otra pregunta importante que debemos plantearnos: ¿Los niños que han adquirido inmunidad naturalmente a través de infecciones previas deben "vacunarse"? (Ver apartado titulado: "Inmunidad").

Por ejemplo, un estudio reciente de 30 000 personas patrocinado por Moderna y el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas del Dr. Anthony Fauci encontró que ***la inmunidad natural es superior a la inmunidad transmitida por cualquier "vacuna" Covid-19***.

Aparentemente, los miembros del VRBPAC también ignoraron deliberadamente la inmunidad natural al recomendar series primarias de inyecciones en niños, a pesar de un estudio reciente de Johns Hopkins que encontró que ***el 99% de todas las infecciones por Covid-19 resultaron en una expresión de anticuerpos de inmunidad natural que persistió hasta 20 meses después de la infección***.

Dado que no tenemos una contabilidad completa de la seguridad, especialmente los riesgos a largo plazo en adultos, no es apropiado ***proponer la "vacunación" masiva en niños, especialmente en aquellos que ya se han** recuperado **de Covid-19***.

En junio del 22, ya se han administrado más de 12 mil millones de dosis de inyecciones antiCovid-19 en todo el mundo. Solo en los EE. UU., a 03 de junio del 22, se informaron 829 308 eventos adversos relacionados con la "vacuna" contra la Covid-19. Un detalle importante en relación a esto, es que según un estudio de la Universidad de Harvard, se estima que ***esa cifra representa solo aproximadamente el** 1% **del número real de eventos adversos de la inyección contra Covid-19*** (ver apartado titulado: "Deficiencia en los reportes).

Cabe destacar que ***muchos de los eventos adversos cardiovasculares más graves de las inyecciones y refuerzos contra la Covid-19*** afectan de manera desproporcionada a una población más joven, además, un análisis independiente muestra que ***los niños menores de 18 años tienen 51 veces más probabilidades de morir por la "vacuna" que por la infección por Covid-19 si no están "vacunados"***, más razones para ser cauteloso antes de aprobar una vacuna de emergencia para niños.

Las inyecciones contra Covid-19 son ineficaces contra nuevas variantes

VRBPAC "cae" en la falacia de "la enfermedad es leve si se vacuna" o "habría sido una enfermedad grave sin vacunación/refuerzos".

Esencialmente, todos, independientemente ***del estado de "vacunación" contra la Covid-19,*** tendrán ***una enfermedad menos grave. Ese es el patrón típico de las mutaciones virales***. Además, se da la circunstancia como veremos más adelante en el apartado titulado: "Efectividad", que ***si comparamos inoculados con no inoculados, existe un patrón constatado en numerosos países que nos dice que los "vacunados" presentan más contagios, más hospitalizaciones y más muertes que los no "vacunados***".

En otras palabras, ***además de un*** grave riesgo ***de seguridad,*** no existe ***ningún beneficio clínico, estadístico o epidemiológico de la "vacunación" en este grupo en particular***.

De acuerdo con la Doctrina del Pecado Antigénico Original del Dr. Thomas Francis, la preparación inicial del sistema inmunitario (la exposición inicial al virus, ya sea en la naturaleza o mediante una vacuna) se "condiciona" de por vida. ***Si la*** preparación ***inicial del sistema inmunitario es*** subóptima y sesgada***, entonces esa preparación inicial subóptima puede*** trastornar y sesgar ***la respuesta inmunitaria a largo plazo, lo que guiaría todas las respuestas inmunológicas*** futuras.

Según Brozak y Marfuggi, Brozak fundador del Instituto de Investigación WBB y Richard Marfuggi es cirujano, director médico del Instituto de Investigación WBB y miembro del Comité de Ética Biomédica del Estado de Nueva Jersey: "***Los sistemas inmunológicos de los bebés y niños pequeños***, los objetivos más recientes de los fabricantes de 'vacunas' contra la Covid-19 y las agencias de salud, ***son*** inmaduros ***y están en desarrollo***. ***Si un sistema inmunitario inmaduro tiene una*** huella ***inmunológica, ya sea por una infección aguda de la variante viral que circula actualmente o por una inyección Covid-19 basada en la variante original de tipo salvaje que ya no está en circulación, es posible que*** no desarrolle ***las defensas adecuadas cuando se enfrenta, incluso años después, a una variante de Covid u otro patógeno totalmente diferente***".

Además, la evidencia muestra que ***las personas "vacunadas" son susceptibles a la infección y, de manera alarmante, tienen una carga viral***

tan alta ***o más que las no "vacunadas***". Además, ***es*** probable ***que las personas "vacunadas"*** propaguen ***el virus a otros miembros de su*** hogar.

Como veremos más adelante en el apartado titulado: "Variantes", "***las inyecciones Covid-19 imperfectas, con fugas y dañinas podrían privar a los niños de una inmunidad innata natural, robusta, duradera y potente que siempre los ha protegido y ayuda a reducir la presión infecciosa mientras contribuye a la inmunidad colectiva de la población",*** dijo el Dr. Paul Elias Alexander, un experto mundial en Covid-19. ***Algunas inyecciones podrían impulsar la evolución de patógenos más virulentos, y el efecto de la enfermedad de*** Marek***: moderan los síntomas sin detener la infección o la transmisión, lo que representa un peligro para los no 'vacunados' y 'vacunados'***"', agregó Alexander.

Después de todo lo expuesto, aunque ya he hablado sobre ello antes en este informe en varios apartados, veamos qué es lo que sabían los organismos reguladores antes de conceder la autorización de uso de emergencia a los sueros de ARNm y que, obviamente, también saben ahora, antes de conceder las modificaciones. Veamos hasta qué punto son peligrosos estos organismos reguladores, ya que siendo conscientes de todo lo que voy a detallar a continuación, aún así, decidieron conceder las autorizaciones de emergencia y ahora, obviando también lo expuesto anteriormente, conceden las modificaciones:

Los Voluntarios de la Investigación de los Documentos de Pfizer, (WarRoom) son un grupo de 3000 médicos altamente acreditados, RN, bioestadísticos, investigadores de fraudes médicos, clínicos de laboratorio y científicos de investigación, han estado produciendo informe tras informe, para transmitir lo que hay en los ***55 000 documentos internos de Pfizer*** que la FDA había pedido a un tribunal que mantuviera en secreto durante 75 años. Por orden judicial, estos documentos fueron revelados a la fuerza.

Los voluntarios médicos de WarRoom confirmaron:

Pfizer (y, por lo tanto, la FDA) sabían ***en diciembre de 2020 que las inyecciones ARNm no*** funcionaban***, que "disminuían en eficacia" y*** presentaban ***"fallos de seguridad"***.

Pfizer supo ***en mayo de 2021 que el corazón de 35 menores se había*** dañado ***una semana después de la inyección de ARNm, pero la FDA*** implementó ***la Autorización de Uso de Emergencia, EUA, para adolescentes un mes después de todos modos, y los padres*** no recibieron ***un comunicado de prensa del gobierno de los EE. UU. Sobre los*** daños cardíacos ***hasta agosto de 2021, después de que miles de adolescentes fueran "vacunados"***, ver esto.

Pfizer (y por lo tanto la FDA; muchos de los documentos dicen "FDA: CONFIDENCIAL" en el límite inferior) sabía ***que***, contrariamente a lo que los portavoces altamente pagados y los médicos comprados aseguraban a las personas, ***el ARNm, la proteína pico (*****Spike*****) y las*** nanopartículas ***de lípidos***

no se quedaban ***en el sitio de la inyección en el deltoides, sino que dentro de las*** 48 horas***, entraba al torrente sanguíneo, de ahí a alojarse en el hígado, bazo, glándulas suprarrenales, ganglios linfáticos y, si es mujer, en los ovarios***, ver esto.

Pfizer (y, por lo tanto, la FDA) sabía ***que la "vacuna" Moderna tenía 100 µg de ARNm, nanopartículas de lípidos y proteína pico (Spike)***, que era más de tres veces la dosis de 30 µg de Pfizer para adultos; ***los documentos internos de la compañía*** muestran ***una tasa más alta de eventos adversos con la dosis de 100 µg, por lo que dejaron de experimentar internamente con esa cantidad debido a su "***reactogenicidad***" (palabras de Pfizer), pero*** nadie les dijo ***a todos los millones de estadounidenses que recibieron la primera y la segunda dosis de Moderna de 100 µg, y los refuerzos***.

Pfizer distorsionó ***a los sujetos del ensayo para que casi las tres cuartas partes fueran mujeres, un género que es menos propenso al*** daño cardíaco***. Pfizer*** perdió ***los registros de lo que pasó con cientos de sujetos de prueba***.

En los ensayos internos, ***hubo más de*** 42 000 eventos adversos y más de 1200 personas murieron***. Cuatro de las personas que fallecieron, fallecieron el*** día ***que los inyectaron***.

Los eventos adversos registrados en los documentos internos de Pfizer son completamente diferentes ***de los informados en el sitio web de los CDC o anunciados por médicos cómplices, organizaciones médicas y hospitales***. Estos incluyen:

- Grave dolor en las articulaciones
- Dolor muscular (mialgia)
- Masas de efectos neurológicos que incluyen esclerosis múltiple, Guillain Barre y parálisis de Bell, encefalitis
- Todas las iteraciones posibles de coagulación sanguínea
- Trombocitopenia a gran escala
- Accidentes cerebrovasculares
- Hemorragias y muchos tipos de rupturas de membranas de todo el cuerpo humano

Los efectos secundarios que Pfizer y la FDA conocían, pero usted no, incluyen problemas de:

- Formación de ampollas
- Erupciones cutáneas
- Culebrilla

- Condiciones herpéticas (de hecho, una variedad de condiciones de formación de ampollas que "extrañamente" presagian los síntomas de la viruela del mono).

Los documentos internos muestran ***que Pfizer (y, por lo tanto, la FDA) sabían que los verdugones rojos o la urticaria eran una*** reacción común ***al PEG (ver apartado titulado: "Presencia de sustancias peligrosas en los sueros experimentales")***, un alérgeno derivado del petróleo en los ingredientes de la inyección, uno que ciertamente no debe ingerir. De hecho, ***el PEG es un alérgeno tan grave que muchas personas pueden sufrir un*** shock anafiláctico ***si se exponen a él***. Pero ***a las personas con alergia al PEG*** no se les advirtió ***que no se "vacunaran" ni sus médicos las observaron atentamente, con el EpiPen en la mano***.

Pfizer sabía ***que la "exposición" a la inyección restringía contacto sexual (especialmente en el momento de la concepción), contacto con la piel, inhalación o lactancia***, ver esto, esto y esto y también ver el apartado titulado: "Shedding".

¿Qué es el contagio por vacunas?

Es cuando un individuo libera o elimina los componentes de una vacuna o inyección ya sea dentro o fuera de su cuerpo. Esto solo podía suceder con cierto tipo de vacuna llamada vacuna viva atenuada. Algunos ejemplos de vacunas vivas atenuadas que se administran comúnmente incluyen:

- Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)
- Vacuna contra la gripe en aerosol nasal (FluMist)
- Vacuna contra la varicela
- Vacuna contra el rotavirus

También se ha confirmado ***que las nanopartículas de lípidos, las diminutas cubiertas grasas duras que contienen el ARNm,*** atraviesan ***la membrana amniótica. Eso*** significa ***que entran en el entorno fetal. También*** atraviesan ***la barrera hematoencefálica, lo que puede ayudar a*** explicar ***los accidentes cerebrovasculares posteriores a la "vacunación" con ARNm y los problemas cognitivos que estamos viendo***. Los Voluntarios médicos profundizaron en los informes de los documentos de Pfizer sobre el embarazo y descubrieron que ***la garantía de que la vacuna es "segura y eficaz" para las mujeres embarazadas se*** basó ***en un estudio de 44 ratas francesas, seguidas durante 42 días (los científicos que dirigieron el estudio son accionistas o empleados de BioNTech)***, ver esto y también el apartado titulado: "Inoculación de embarazadas".

Si bien las mujeres embarazadas fueron excluidas ***de los estudios internos*** y, por lo tanto, de la Autorización de uso de Emergencia, EUA sobre cuya base se aseguró a todas las mujeres embarazadas que la inyección era "segura y eficaz",

unas 270 mujeres quedaron embarazadas durante el estudio. ***Más de 230 de ellas se*** perdieron ***de alguna manera la historia clínica. Pero de las 36 mujeres embarazadas cuyos resultados se siguieron,*** 28 perdieron a sus bebés.

Los voluntarios médicos que hacen la revisión descubrieron ***que un bebé murió después de ser amamantado por una madre lactante "vacunada" y se*** descubrió ***que tenía el hígado inflamado***. ***Muchos bebés amamantados de madres "vacunadas"*** mostraron ***agitación, malestar gastrointestinal y retraso en el desarrollo (crecimiento)***. Los documentos de Pfizer también muestran que ***algunas madres "vacunadas" habían suprimido la lactancia o no podían producir leche en absoluto***.

La base de datos del NIH tiene un estudio preliminar que demuestra ***que hay cantidades "insignificantes" de PEG en la leche materna de las mujeres "vacunadas"***. Pero, ¿qué es una cantidad insignificante de un producto derivado del petróleo en la leche materna, cuando eres un pequeño recién nacido sin inmunidades que acaba de llegar al mundo? La preimpresión del NIH en sí misma informó ***niveles más altos de malestar gastrointestinal e insomnio en los bebés estudiados, y una madre tenía*** niveles elevados de PEG ***en la leche materna, y la letra pequeña*** concluye ***que se necesitan más estudios***:

"Se necesitan estudios para aumentar nuestra comprensión de la transferencia de PEG a la leche humana y los efectos potenciales después de la ingestión por parte del bebé. Los síntomas que se informaron (cambios en el sueño y síntomas gastrointestinales) podrían investigarse más a fondo en estudios futuros para determinar si están relacionados con la 'vacunación'".

Dado que ningún bebé murió en el breve período de tiempo del pequeño estudio, el estudio concluyó que los bebés lactantes no sufrieron efectos nocivos reales de las madres "vacunadas". Pero sin embargo, el ***estudio*** no siguió ***a estos bebés***, con su insomnio reconocido y su malestar gastrointestinal confirmado, para ver si realmente "prosperaron".

Con una ciencia tan defectuosa, se les aseguró ***a las mujeres que las inyecciones eran "seguras y efectivas" para ellas y sus bebés lactantes***, Pero, ***cuatro de las mujeres lactantes "vacunadas" en los documentos de Pfizer*** informaron ***leche materna "azul verdosa"***. Y el ***bebé lactante que murió, con el hígado inflamado***, el caso ha sido enterrado; no ha aparecido en los titulares.

En Escocia, altamente "vacunada", en 2021, murieron casi el doble de bebés en comparación con las cifras de referencia. En Ontario, Canadá, 86 bebés murieron en 2021, frente a una línea de base de cuatro o cinco; fue una mortandad de bebés tan grave que un parlamentario llevó el tema al Parlamento. En Israel, en el Hospital RamBam de Haifa, hubo un 34% más de abortos espontáneos y mortinatos en mujeres "vacunadas" que en mujeres no "vacunadas".

Otro aspecto relevante es la desregulación menstrual en mujeres "vacunadas", que ahora está totalmente confirmada por muchos estudios, con un promedio de un día adicional de sangrado al mes. ***Un ciclo menstrual desregulado; la acumulación de proteínas pico Spike en los ovarios; el paso a través de las membranas del cuerpo, incluido el saco amniótico, de diminutas grasas duras (nanopartículas de lípidos), afectarán a: la fertilidad, la salud fetal, el parto y el bienestar o la angustia gastrointestinal de los bebés y, por lo tanto, su capacidad o fracaso para prosperar*** (y mucho menos para vincularse).

Algunos, entre otras cosas, están apuntando a la capacidad del cuerpo femenino para sostener a un ser humano recién nacido. Están apuntando a la membrana amniótica, los ovarios que liberan el óvulo, están apuntando a la linfa y la sangre que ayudan a mantener la producción de leche materna, están apuntando al feto indefenso en el útero.

No debemos olvidar, que Pfizer, la FDA y la EMA eran conscientes de la gran cantidad de eventos adversos que originaban los sueros experimentales y de su gravedad, sabían que los bebés estaban muriendo y que la leche materna se estaba decolorando. No alertaron a nadie y mucho menos detuvieron lo que estaban haciendo, y tampoco debemos olvidar que hasta el día de hoy Pfizer, la FDA y otras entidades de "salud pública" como la EMA, están presionando para "vacunar" con ARNm a más y más mujeres embarazadas y que además, están a punto de imponer esto a las mujeres en África y otras naciones de bajos ingresos que no buscan las inyecciones.

También, tenemos el documento confidencial titulado: "5.3.6 ANÁLISIS ACUMULADO DE EVENTOS ADVERSOS POST-AUTORIZACIÓN informes de PF-07302048 (BNT162B2) recibidos hasta el 28 de febrero de 2021", que fue presentado por Pfizer-BioNTech como parte de su solicitud de licencia biológica (BLA) a la Administración Federal de Fármacos de los Estados Unidos (FDA).

La tabla 5, que se encuentra en la página 11 del documento, muestra un "***Riesgo potencial importante", y ese riesgo se enumera como "Enfermedad asociada a la vacunación (VAED), incluida la enfermedad de repetición asociada a la vacunación (VAERD)***".

Pfizer escribe en la sección de descripción que:

"Es difícil establecer una tasa esperada de VAED, por lo que en este momento no se puede realizar un análisis significativo de lo observado/esperado en base a los datos disponibles. La viabilidad de llevar a cabo dicho análisis se reevaluará de forma continua a medida que aumenten los datos sobre el virus y se sigan acumulando datos sobre la seguridad de la vacuna".

Teniendo en cuenta que este documento fue aprobado el 30 de abril de 2021, y basándose en los datos de las reacciones adversas recibidas hasta el 28 de febrero de 2021, esta frase debería preocupar incluso a los más fieles adoradores de las farmacéuticas.

En el Reino Unido, el suero de Pfizer recibió la autorización de uso de emergencia el 8 de diciembre de 20, y la primera inyección se administró al día siguiente. En abril de 2021, 5 meses después, Pfizer admitía que no tenía ni idea de si sus inyecciones de Covid-19 causaban el VAED, y que sólo lo sabrían cuando tuvieran más datos.

Esto confirma en blanco y negro que ***el público en general ha estado participando en, posiblemente, el mayor experimento jamás realizado y que ha hecho extremadamente ricos a unos pocos elegidos***.

Pfizer continúa en la sección de descripción afirmando:

"Desde la primera autorización temporal para el suministro de emergencia bajo el Reglamento 174 en el Reino Unido (01 de diciembre de 2020) y hasta el 28 de febrero de 2021, se recuperaron 138 casos [0.33% del conjunto total de datos de PM], que informaron de 317 eventos potencialmente relevantes".

Lo que Pfizer está admitiendo aquí es que hasta el 28 de febrero del 21, ***138 personas habían reportado eventos adversos que eran marcadores de la Enfermedad Potenciada Asociada a la Vacuna***.

Estos marcadores se limitaban a:

Búsqueda de Respuesta Terapéutica Estándar Disminuida Y PTs Disnea; Taquipnea; Hipoxia; Covid-19 neumonía; Insuficiencia respiratoria; Síndrome de dificultad respiratoria aguda; Insuficiencia cardíaca; Shock cardiogénico; Infarto agudo de miocardio; Arritmia; Miocarditis; Vómitos; Diarrea; Dolor abdominal; Ictericia; Insuficiencia hepática aguda; Trombosis venosa profunda; Embolia pulmonar; Isquemia periférica; Vasculitis; Shock; Lesión renal aguda; Insuficiencia renal; Alteración del estado de conciencia; Convulsiones; Encefalopatía; Meningitis; Accidente cerebrovascular; Trombocitopenia; Coagulación intravascular diseminada; Sabañones; Eritema multiforme; Síndrome de disfunción orgánica múltiple; Síndrome inflamatorio multisistémico en niños.

De los 138 casos, 71 se consideraron "médicamente significativos", de los cuales 8 quedaron con discapacidades graves. 16 casos requirieron hospitalización no mortal o sin riesgo para la vida, de los cuales 1 quedó con discapacidades graves. 17 casos se consideraron potencialmente mortales, de los cuales 7 se consideraron graves para su hospitalización, y 38 casos resultaron mortales.

En el momento del informe, que se basaba en los datos presentados hasta finales de febrero de 2021, aparte de los 38 casos que se sabía que habían provocado la muerte en ese momento, sólo otros 26 casos figuraban como resueltos, con 65 no resueltos, 1 no resuelto con secuelas y 8 con resultados desconocidos.

Pfizer continúa afirmando en el documento confidencial que:

"De los 317 eventos relevantes, los TP más frecuentemente reportados (≥2%) fueron: Ineficacia del fármaco (135), Disnea (53), Diarrea (30), Neumonía Covid-19 (23), Vómitos (20), Insuficiencia respiratoria (8) y Convulsiones (7)".

Pfizer concluye en su documento que:

"El VAED puede presentarse como manifestaciones clínicas graves o inusuales de Covid-19. En total, hubo 37 sujetos con sospecha de Covid-19 y 101 sujetos con Covid-19 confirmada después de una o ambas dosis de la "vacuna"; 75 de los 101 casos fueron graves, con resultado de hospitalización, discapacidad, consecuencias potencialmente mortales o muerte".

Parece que Pfizer admite que ***su "vacuna" no es muy buena a la hora de proteger a los receptores de sus inyecciones experimentales***. Es importante recordar que estas inyecciones no previenen la infección o la transmisión, sólo se supone que protegen contra la hospitalización y la muerte. Por lo tanto, con 75 de los 101 casos confirmados de Covid-19 que son graves (69%), parece que Pfizer admite que su "vacuna" no es muy buena para hacer eso.

Pfizer termina afirmando que:

"En esta revisión de los sujetos con Covid-19 tras la 'vacunación', basada en la evidencia actual, ***el VAED/VAERD sigue siendo un riesgo teórico para la "vacuna'***. La vigilancia continuará".

Aquí tenemos a Pfizer admitiendo que ***la Enfermedad Potenciada Asociada a la 'vacuna' es un riesgo teórico asociado a su terapia genética experimental Covid-19***, que ha sido inyectada en los brazos de cientos de millones de personas en todo el mundo varias veces desde diciembre de 2020.

Como sabemos, Pfizer y la FDA querían retrasar la publicación de datos de eventos adversos de su inyección Covid durante casi 50 años, hasta el año 2070. Ahora sabemos por qué. Afortunadamente, un Tribunal Federal no les permitió hacerlo.

Hay 9 páginas de eventos adversos de esta inyección, muchos de los cuales coinciden con los de la base de datos publicada VAERS (sistema de notificación de eventos adversos de vacunas de EE.UU.).

Estos hallazgos también explican por qué las muertes de las aseguradoras de vida han aumentado considerablemente (hasta un 40%) desde la introducción de estos nuevos tratamientos médicos experimentales que denominan "vacunas".

También pueden explicar por qué tantos atletas jóvenes y saludables están muriendo repentinamente.

Para poner esto en perspectiva, la vacuna contra la gripe porcina en la década de 1970 tuvo menos de 100 muertes y se suspendió abruptamente. Aquí tenemos

miles de muertes y los políticos insisten en seguir inyectando. ¡Todo por un virus con una tasa de recuperación completa de más del 99% para la mayoría de las personas!

Pfizer publica su lista de efectos secundarios de la "vacuna". ***A partir de la pagina 30 hay 8 páginas con efectos secundarios conocidos de la inyección de Pfizer***.

En la página 12, se informa sobre los casos de ***efectos secundarios en embarazadas, en sus bebés, y en bebés lactantes***.

En total hay hasta cientos de documentos que el público ahora puede descargar aquí.

Uno de los documentos publicados fue el "Pago de la tarifa de usuario de medicamentos recetados" que BioNTech pagó a la FDA el 20/4/2021 por la "Vacuna de ARNm COMIRNATY COVID-19" que la FDA aprobó posteriormente en agosto de 2021. Ese "pago de tarifa de usuario de medicamentos recetados" fue de $2 875 842.00.

Otro documento interesante es el "COMITÉ DE SEGUIMIENTO DE DATOS EXTERNOS". Éste es el propósito declarado de este "Comité de Monitoreo de Datos Externos":

"Este Comité de Monitoreo de Datos Externos (E-DMC) (en lo sucesivo, "el comité") es ***un grupo asesor de expertos único, externo e independiente establecido para supervisar los datos de seguridad y eficacia*** del Programa de Vacunas BNT162. La razón principal para establecer el comité es ***asegurarse de que se implementen las salvaguardas externas adecuadas para ayudar a garantizar la seguridad de los sujetos y mantener el rigor científico y la integridad del estudio*** mientras el ensayo está en curso".

Y para asegurarse de que este Comité esté haciendo su trabajo correctamente para garantizar "la seguridad de los sujetos y mantener el rigor científico", ¿quién en la FDA es responsable de asegurarse de que esto suceda?

Nadie. Pfizer es el responsable y BioNTech lo financió.

"Pfizer es responsable de realizar este estudio. BioNTech es el patrocinador regulador de este estudio".

¿Y quién en la FDA es responsable de garantizar que este comité que supervisa los "datos de seguridad y eficacia" esté libre de conflictos de intereses?

Nadie. Nuevamente, Pfizer es responsable de eso.

"Pfizer determinará si algún conflicto potencial requiere la terminación de la membresía del comité".

La otra cosa interesante que revela este documento es que un número significativo de personas que compilaron los datos para que este comité los revisara estaban ubicados en China.

Además de lo mencionado anteriormente, uno de los documentos confidenciales de Pfizer que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) se ha visto obligada a publicar por orden judicial revela que ***aproximadamente 800 personas nunca completaron la fase 1 del ensayo clínico de la "vacuna" Pfizer Covid-19 en los Estados Unidos debido a que perdieron la vida o sufrieron un evento adverso grave o retiraron repentinamente su consentimiento***.

Como hemos visto, a principios de enero de 2022, el juez federal Mark Pittman les ordenó publicar 55 000 páginas por mes. Uno de los volcados ocurrió el 01 de junio del 22 y este documento estaba incluido en él.

El documento proporciona una lista de 112 páginas de sujetos que se retiraron del ensayo clínico de fase 1 de la inyección Pfizer Covid-19 y proporciona una descripción vaga de por qué.

Las primeras 14 páginas enumeran 102 sujetos que se retiraron del estudio. Esto equivale a un promedio de 7.2 por página. Entonces, si consideramos las otras 93 páginas que detallan los sujetos retirados, esto equivale a aproximadamente 780 personas que se retiraron solo de la primera fase del ensayo clínico.

Muchos de los sujetos revocaron misteriosamente el consentimiento para continuar en el ensayo debido a razones como volver a leer el formulario de consentimiento y decidir que no era lo que habían acordado originalmente. Mientras que otros retiraron su consentimiento para continuar en el estudio luego de recibir la dosis 1 por razones inexplicables, lo que significa que no querían recibir la segunda dosis.

Desafortunadamente, hay varios que retiraron su consentimiento para continuar con el ensayo debido a que sufrieron eventos adversos graves; veamos algunos ejemplos:

La página 44 del documento enumera a una persona que retiró el consentimiento debido a que padecía ***paraparesia***. La condición se refiere a la parálisis parcial en ambas piernas debido a la interrupción de las señales nerviosas del cerebro a los músculos.

La página 94 del documento enumera a una persona que retiró el consentimiento por sufrir ***taquicardia***. La condición se refiere a una frecuencia cardíaca que es demasiado rápida y puede ser causada por un suministro deficiente de sangre al músculo cardíaco.

La página 100 del documento enumera a una persona que retiró su consentimiento para continuar en el ensayo debido a que ***perdió la audición y quedó completamente sorda de un oído***. La página también enumera a otra

persona que sufrió "síncope", que es una pérdida temporal de la conciencia generalmente relacionada con un flujo sanguíneo insuficiente al cerebro.

La página 102 del documento enumera a una persona que sufrió un ***ataque isquémico transitorio***. La condición también se conoce como mini accidente cerebrovascular y nuevamente es causada por una interrupción en el suministro de sangre al cerebro. Desafortunadamente, debido a que sufrió el mini derrame cerebral, esta persona también se cayó y se fracturó el tobillo al mismo tiempo.

La página 108 del documento enumera a una persona que sufrió un ***infarto cerebral***. La afección también se conoce como accidente cerebrovascular isquémico y ocurre como resultado de la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro debido a problemas con los vasos sanguíneos que lo irrigan. La falta de suministro adecuado de sangre a las células cerebrales las priva de oxígeno y nutrientes vitales, lo que puede provocar la muerte de partes del cerebro.

La página 110 del documento enumera a una persona que sufrió una ***embolia pulmonar***, que es un vaso sanguíneo en los pulmones bloqueado por un coágulo de sangre. La afección puede poner en peligro la vida si no se trata rápidamente.

Lamentablemente, el documento también enumera a ***varias personas*** que ya no pudieron participar en el ensayo clínico de fase 1 debido a que ***perdieron la vida***. Se pueden ver varias muertes a lo largo del documento, incluidas, entre otras, las páginas 106/107, 101, 80 y 47.

Como dije anteriormente, es importante no olvidar que Pfizer, la FDA y la EMA eran conscientes ***de todo esto, sabían de la gran cantidad de eventos adversos que originaban los sueros experimentales y de su gravedad***.

Aquí pueden encontrar más documentos interesantes relacionados con la biodistribución de los sueros que no se han hecho públicos hasta ahora.

Siguiente capítulo

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) votaba el 28 de junio del 22, sobre el "Marco Futuro", ***un esquema que permitiría a Pfizer y Moderna "reformular" las "vacunas" de ARNm Covid-19 a perpetuidad, sin realizar ensayos clínicos sobre las nuevas vacunas***. El "Marco futuro" proviene de la Organización Mundial de la Salud, y la Fundación Bill y Melinda Gates es el mayor contribuyente voluntario a la OMS, por lo que es probable que Gates dirija la obra.

El viernes anterior por la tarde, a última hora, la FDA publicó su agenda para la reunión del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC) que votaría sobre el "Marco Futuro" orwelliano el martes 28 de junio.

Luego, el sábado por la mañana, la FDA publicó un documento informativo en relación con este esquema para ***poner fin a la ciencia tal como la*** conocemos ***en relación con las futuras "vacunas" contra la Covid-19***.

El documento informativo tiene 18 páginas de texto con solo 19 referencias, 9 de las cuales son preimpresiones o del boletín interno de los CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), lo que significa que ***no están revisadas por pares***.

Cualquier verdadero creyente en el culto Covid podría haber escrito esto en unas pocas horas. Basar ***todo el futuro de las "vacunas" Covid-19 en este "glorificado" documento de pregrado es una locura***.

A pesar de que la reunión del 6 de abril se presentó como una conversación inicial exploratoria que no llegó a ninguna conclusión, el "Marco Futuro" ahora está siendo presentado por la FDA como un trato hecho, hecho consumado.

El argumento central del documento informativo es hilarante (o más bien, sería hilarante si no fuera un plan para institucionalizar permanentemente las desastrosas consecuencias de los sueros experimentales y ocultar la evidencia). En varios lugares la FDA argumenta que estas "vacunas" Covid-19 funcionan muy bien y que son increíblemente efectivas.

Otra de las cosas que afirman es que ***estas inyecciones*** no detienen ***la infección, la transmisión, la hospitalización o la muerte***, a pesar de que es por eso que las autorizaron, "curiosamente". ***Cualquier protección*** desaparece ***con bastante rapidez, pero claro, los "expertos" dicen que*** no ***es culpa suya porque este supuesto virus astuto muta demasiado rápido y nadie les dijo que alguna vez mutaría***.

Otra de las "perlas" que escriben es que por eso, ***estas inyecciones, deben ser reformuladas***, pero no pueden pedirle a las farmacéuticas que haga ensayos clínicos adecuados nunca más porque ya sabemos que estas inyecciones funcionan muy bien.

El documento informativo dice literalmente:

"La evaluación de las 'vacunas' modificadas con el propósito de tomar decisiones sobre la composición de las cepas de la 'vacuna' deberá basarse principalmente en datos comparativos de inmunogenicidad debido a las limitaciones de tiempo involucradas en la fabricación de 'vacunas' y la evaluación de la eficacia clínica".

Es decir, que ***la evaluación "tendrá que*** basarse ***en" medidas*** distintas ***de los resultados de salud reales debido a "limitaciones de tiempo***".

Moderna, Pfizer y Novavax están desarrollando "vacunas" reformuladas contra la Covid-19. Pero saben que la FDA no va a analizar los resultados de salud, por lo que ***van a hacer todo lo posible para*** aumentar ***la respuesta de anticuerpos***.

Pfizer probó una dosis de doble concentración (60 mcg de ARNm en lugar de 30 mcg) a pesar de que ***previamente habían*** descartado ***una dosis más alta debido a*** preocupaciones ***de seguridad***.

Pero el VRBPAC admitió el 6 de abril que no hay correlatos conocidos de protección (es decir: ***los niveles de anticuerpos* no le dicen *quién será inmune***), por lo que estas medidas de anticuerpos ***no tienen* sentido *desde el punto de vista médico*** según ellos mismos. Las personas sensatas se dan cuenta de que ***si* turboalimenta *la respuesta inmune, también puede turbo cargar los eventos adversos***.

Pero el "Marco futuro" permite ***a las compañías farmacéuticas*** omitir ***los ensayos clínicos por completo***.

Además, ***todas estas compañías han estado* desarrollando *"vacunas" para* apuntar *a la supuesta cepa original de Ómicron (BA.1) a pesar de que ya ha sido* suplantada *por otras supuestas variantes (BA.4 y BA.5)***. ***La FDA y estas compañías* afirman *que las 'vacunas' dirigidas a BA.1 serán* efectivas *contra variantes posteriores, pero no sé cómo pueden* argumentar *eso dada la ausencia total de datos de salud reales y la existencia de algo que se llama Pecado Antigénico Original*** (ver este apartado).

Algunas palabras que NO encontraremos en el documento informativo y que sí encontrará en este informe, son:

Pecado Antigénico Original, Agotamiento Inmunológico (ver este apartado), Mejora Dependiente de Anticuerpos (ADE) (ver este apartado), enfermedad priónica (ver este apartado), miocarditis (ver este apartado y este otro), VAERS (ver este apartado), eventos adversos o efectos secundarios (ver este apartado).

El "Marco futuro", obviamente, ***es un* plan *para* basar *todo el programa de "vacunas" Covid-19 en el "pensamiento mágico" en lugar de la ciencia***.

Oficialmente la pregunta que se votaba es:

¿Recomienda el comité la inclusión de un componente Ómicron del SARS-CoV-2 para las 'vacunas' de refuerzo contra la Covid-19 en los Estados Unidos?

Este lenguaje disimula mucho. Los boosters son el mercado ahora. ***Al llamarlos refuerzos en lugar de inyecciones* reformuladas *(que es lo que realmente son), no* pasarán *por nuevos ensayos clínicos***.

Durante el verano, las versiones anteriores de la inyección se retirarán silenciosamente del mercado y las inyecciones reformuladas que omitieron los ensayos clínicos se convertirán en la única opción. Así que esta es la forma de comadreja de la FDA de deslizarse por la pendiente resbaladiza hacia no más ensayos clínicos para las 'vacunas' Covid-19 nunca más.

Cambio en la composición de la "vacuna" para niños de 5 a 11 años que no se ha hecho público

Un pequeño ajuste en las "vacunas" de ARNm de Pfizer que están recibiendo los niños de 5 a 11 años es* una diferencia significativa *en la

***fórmula que, por alguna razón, no se menciona en los medios de comunicación**.*

El cambio en los ingredientes se enumera en la página 12 del documento informativo de Pfizer de la FDA como una "defensa" llamado trometamina (Tris), cuyo objetivo es proporcionar un "mejor perfil de estabilidad". Moderna ya lo utilizó en las vacunas para niños mayores y adultos.

Pero lo que la FDA no dice es que la trometamina (Tris), también conocida como THAM, es un agente reductor de ácido en la sangre que se utiliza por vía intravenosa para estabilizar a las personas que sufren ataques cardíacos y durante la cirugía de corazón.

La FDA dijo para un comunicado de prensa que por lo general la Tris se utiliza en otros productos para niños y que no presenta problemas de seguridad, pero, una vez más, lo que no dice es que una las principales funciones de la Tris en cualquier producto biológico como la "vacuna", consiste en aumentar la permeabilidad de la pared celular.

Ahora, muchos quieren saber por qué Pfizer sintió la necesidad de reemplazar PBS con Tris en la versión para niños de su "vacuna". ¿Quizá sabe la compañía que sin él, los niños "completamente vacunados" probablemente experimentarán ataques cardíacos visibles? ¿Se está agregando Tris a los viales de estos niños para tratar de encubrir los eventos cardiovasculares que causan, o al menos minimizarlos? ¿Por qué los principales medios de comunicación no informan nada de esto?

Hay muchas preguntas sin respuesta. Y dado que tan pocas personas hacen preguntas, es posible que nunca se den respuestas a menos que la gente comience a exigirlas.

La FDA afirma que realizó una "evaluación completa y transparente de los datos", pero ¿cómo puede ser esto cuando se cambió toda la fórmula del suero al amparo de la oscuridad?

Los niños ni siquiera se enferman por Covid-19 en primer lugar. Entonces, ¿por qué necesitan una "vacuna" inútil y peligrosa que contenga medicamentos ocultos para el ataque cardíaco?

De acuerdo con The Journal of Physiology: "**Cuando se utiliza la Tris en concentraciones como defensa en soluciones salinas fisiológicas, puede ejercer efectos tóxicos en la transmisión neuromuscular en el músculo liso y cardíaco, aunque no en el músculo esquelético. Los efectos son variables, principalmente presinápticos, y parecen afectar la transmisión motora y en especial a la adrenérgica. Es posible que se relacionen con acciones metabólicas intracelulares de Tris**".

Entre los** muchos efectos secundarios causados por Tris **se encuentran: depresión respiratoria, irritación local, inflamación tisular, infección en el

lugar de la inyección, respuesta febril, flebitis química, venospasmo (espasmos venosos), hipervolemia, trombosis intravenosa, extravasación (con posible necrosis y desprendimiento de tejidos), disminuciones transitorias de las concentraciones de glucosa en sangre, hipoglucemia y necrosis hepática con la infusión a través de catéteres venosos umbilicales bajos.

Por qué los niños son menos susceptibles

Varios factores biológicos podrían contribuir a la reducción del riesgo de Covid-19 en los niños: primero, los niños expresan significativamente menos receptores ACE2, el punto de entrada del supuesto SARS-CoV-2 en las células humanas en comparación con los adultos; en segundo lugar, suelen estar expuestos a otros coronavirus estacionales y desarrollan inmunidad cruzada tanto humoral como celular. Por lo tanto, ***los niños parecen menos susceptibles a la infección y, cuando están infectados, pueden tener un arsenal preformado de anticuerpos neutralizantes de reacción cruzada que podrían reducir la probabilidad de transmitir el supuesto virus***. Esta evidencia biológica se refleja en varios estudios epidemiológicos.

ACE2 (enzima convertidora de angiotensina 2) es el receptor que los coronavirus (SARS-CoV-2, SARS-CoV y NL63) usan para infectar las células. **Una expresión más alta de ACE2 aumenta la susceptibilidad in vitro al SARS-CoV**. El tabaquismo, la diabetes y la hipertensión, todos factores de riesgo asociados con una mayor gravedad de la enfermedad Covid, se asocian con una mayor expresión del receptor ACE2.

Por el contrario, una expresión reducida del gen ACE2 en las células de las vías respiratorias, **se asocia con una menor susceptibilidad a la infección por SARS-CoV-2**. Y esto es lo que posiblemente sucede en los niños. Las tasas más bajas de infección en los niños y la ausencia de gravedad del Covid entre los niños, en comparación con los adultos, podrían explicarse por la baja expresión de ACE2 en el epitelio nasal. La menor expresión de ACE2 en niños en comparación con los adultos podría ayudar a explicar por qué Covid es menos prevalente en niños.

Para comprender si es ésta la causa biológica de la resistencia natural de los niños y adolescentes a la Covid se encuentra en marcha un estudio clínico llamado "Epidemiología humana y respuesta al SARS-CoV-2" (HEROS), financiado por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID). El estudio se diseñó para hacer un seguimiento prospectivo de 6000 niños. Se quiere determinar cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de Covid, determinar qué porcentaje de niños infectados con el SARS-CoV-2 desarrollan los síntomas de la enfermedad y determinar si las tasas de infección por SARS-CoV-2 difieren entre los niños que tienen asma y otras afecciones alérgicas y los niños que no tienen enfermedades de base. El estudio HEROS aclarará si la expresión reducida del gen ACE2 en las células de las vías respiratorias de niños con enfermedades alérgicas se correlaciona con una tasa más baja de infección por SARS-CoV-2 y Covid. Es sensato y prudente esperar los resultados del estudio

HEROS antes de vacunar de manera experimental y masiva a los niños y los adolescentes.

Las** células inmunes **de las vías respiratorias de los niños están mejor preparadas para la detección de virus, lo que resulta en una respuesta antiviral innata temprana más fuerte a la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos.

La explicación molecular está en la diferente composición celular en las vías respiratorias superiores de niños y adultos y en la activación mejorada de las células inmunitarias innatas en los niños. ***Los niños tienen una mayor expresión basal de receptores de reconocimiento de patrones en las células epiteliales de la mucosa nasal, en los macrófagos y en las células dendríticas, lo que resulta en respuestas antivirales innatas más fuertes en la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos***.

Además de la capacidad antiviral intrínseca de células epiteliales, dendríticas y macrófagos, ***en los niños se encuentra un predominio de subpoblaciones de células inmunitarias distintas, en particular células T citotóxicas (necesarias para la destrucción eficaz de las células infectadas por virus) y una población de células T CD8 + distinta con un fenotipo de memoria que está casi ausente en los adultos y que serían potencialmente beneficiosas para la protección de los niños contra futuras reinfecciones***.

El curso de la enfermedad y la respuesta inmunitaria en niños y adultos después de la infección por SARS-CoV-2 son muy diferentes. Las células T en los niños tienen una mejor capacidad que los adultos para responder a virus nuevos. Además, ***de acuerdo con otro estudio reciente, los niños prepandémicos tenían clones células B de memoria capaces de unirse al SARS-CoV-2 y mostraban una reactividad cruzada débil con otros coronavirus, mientras que la sangre o los tejidos adultos mostraron pocos clones de este tipo***. **Estos resultados destacan la importancia de la exposición infantil previa a los coronavirus del resfriado común, debido a que la exposición temprana promueve la formación, distribución tisular y evolución clonal de las células B que codifican la memoria inmunitaria humoral y permiten la reactividad cruzada para respuestas protectoras futuras a nuevos patógenos**.

Numerosos estudios epidemiológicos respaldan ***la evidencia de que los niños y adolescentes no solo tienen menos probabilidades de desarrollar cursos de enfermedad Covid grave, sino que también son menos susceptibles y menos propensos a transmitir el SARS-CoV-2***.

De acuerdo con la evidencia epidemiológica y científica reseñada, ***los niños son efectivamente inmunes al SARS-CoV-2. Se los puede considerar naturalmente inmunizados y de bajo riesgo, por lo tanto no necesitan recibir inyecciones Covid***. Tienen una resistencia natural que los ha protegido hasta ahora sin ninguna vacuna. Las inyecciones Covid no puede beneficiarlos: tan sólo se puede esperar que se rompa esa barrera natural que los ha protegido

y que aumente la susceptibilidad a la infección por las nuevas variantes de SARS-CoV-2. Ya se demostró que las personas completamente "vacunadas" tenían más probabilidades de ser infectadas por variantes de SARS-CoV-2 que las personas no "vacunadas"; y esto es debido a una disminución de la neutralización de los anticuerpos en los "vacunados", pero no porque las variantes se asocien con una mayor infectividad.

La evidencia publicada es concluyente: ***el riesgo de enfermedad grave o muerte por Covid-19 en niños sanos es casi nulo (estadístico cero)***. Esta evidencia se ha acumulado más de un año; de hecho, lo sabemos desde hace más de 19 meses. Los riesgos superan claramente los beneficios de la "vacuna" Covid para los niños pequeños.

Según el Dr. Paul Elias Alexander, ***la evidencia relacionada con los niños (incluido el riesgo de la inyección en sí) ayuda a explicar por qué los niños no son candidatos para las "vacunas" Covid y por qué pueden ser inmunes y, por lo tanto, pueden considerarse "completamente "vacunados"***. 5 razones por las que los niños deben considerarse ya "vacunados":

- El virus usa el receptor ACE 2 para ingresar a la célula huésped, y el receptor ACE 2 tiene una expresión y presencia limitadas (en el epitelio nasal de los niños pequeños (potencialmente en las vías respiratorias superiores).

  Esto explica en parte por qué ***los niños tienen menos probabilidades de infectarse en primer lugar y menos probabilidades de transmitir el virus a otros niños o adultos, o incluso de enfermarse gravemente***. El aparato biológico molecular simplemente no está en la nasofaringe de los niños, como se informa en este estudio de JAMA y en esta carta de investigación.

  Al pasar por alto esta protección natural (receptores nasales ACE 2 limitados en niños pequeños) y entrar en el deltoides del hombro a través de la "vacuna", el ARN mensajero de la "vacuna" y el contenido de nanopartículas lipídicas (p. Ej., PEG), y la proteína de pico generada por la "vacuna", podrían dañar el endotelio, revestimiento de los vasos sanguíneos, (vasculatura) y causar reacciones alérgicas graves (por ejemplo, aquí, aquí, aquí, aquí, aquí).

- ***La inmunidad innata antiviral preactivada (preparada) en las vías respiratorias superiores de los niños trabaja para controlar la infección temprana por SARS-CoV-2***, "lo que da como resultado una respuesta antiviral temprana innata más fuerte a la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos".

  Un artículo reciente profundiza nuestra comprensión de esta protección biológica / molecular de tipo natural.

- Cuando uno se vacuna o se infecta de forma natural, esto impulsa la formación, distribución tisular y evolución clonal de las células B, que es clave para codificar la memoria inmunitaria humoral.

  Una investigación reciente publicada en Science muestra *que* ***la sangre de los niños, extraída antes de la pandemia de Covid, tiene células B de memoria que pueden unirse al SARS-CoV-2. Esta investigación sugiere el potente papel de la exposición en la primera infancia a los coronavirus del resfriado común (coronavirus)***. Esto es apoyado por Mateus et al., quien informó sobre la memoria de las células T a coronavirus anteriores que causan el resfriado común (reactividad cruzada / protección cruzada).

- Otro estudio, que se basa en investigaciones anteriores, sugiere que ***la razón por la que los niños pueden neutralizar más fácilmente el virus es que sus células T son relativamente ingenuas***.

  Los investigadores argumentan que, dado que las células T de los niños en su mayoría no están capacitadas, pueden responder inmunológicamente y diferenciarse de manera óptima de manera más rápida y ágil, para montar una respuesta más sólida a los virus nuevos.

- Los niños y los adultos muestran respuestas del sistema inmunológico muy diversas y diferentes a la infección por SARS-CoV-2, lo que ayuda a explicar por qué tienen mucha menos enfermedad o mortalidad por Covid.

  Un informe de la Universidad de Yale en la revista Science Translational Medicines muestra:

  "Desde los primeros días del brote de Covid-19, los científicos han observado que los niños infectados con el virus tienden a tener mejores resultados que los adultos. Los investigadores informaron de que los niveles de dos moléculas del sistema inmunológico, **la interleucina 17A (IL-17A)**, que ayuda a movilizar la respuesta del sistema inmunológico durante la infección temprana y **el interferón gamma (INF-g)**, que combate la replicación viral, estuvieron fuertemente vinculados a la edad de los pacientes. **Cuanto más joven es el paciente, más altos son los niveles de IL-17A e INF-g, el análisis mostró que estas dos moléculas son parte del sistema inmunológico innato**, un tipo de respuesta más primitiva e inespecífica que se activa poco después de la infección".

Todo esto implica que cualquier inyección/inoculación masiva, o incluso ensayos clínicos, en niños con riesgo casi nulo de propagación y enfermedad / muerte está contraindicada, no es ética y está potencialmente asociada con un daño significativo.

Trabajo "creativo" de las autoridades e instituciones

Nos han querido vender la inoculación antiCovid como la panacea para los niños. Para ello han utilizado informes oficiales fraudulentos con un manifiesto sesgo en la información que en ellos se contiene. Uno de los últimos intentos tiene que ver con un informe de los propios CDC, cuando en realidad, tras el estudio profundo de su contenido, lo que nos cuenta dice algo muy diferente a lo que nos quieren hacer creer; ***las "vacunas" contra Covid proporcionan, realmente,*** nulos ***beneficios a los niños pequeños***. Veamos cómo mienten y sesgan la información las autoridades, para mantener una narrativa:

El punto clave que falta aquí es una comparación ***de los números en riesgo***. En otras palabras, la mayoría de los niños en este grupo de edad permanecieron sin "vacunar" durante toda la ventana de observación.

A partir de una semana después del final del período en cuestión, solo el 32% de los niños estaban completamente "vacunados". Podemos conjeturar que al comienzo del período de tiempo, la abrumadora mayoría de los niños no estaban "vacunados".

A menos que se nos dé el porcentaje ***de niños en esta población que se "vacunan" semanalmente junto con el número de hospitalizaciones que ocurren durante cada una de esas semanas, es imposible*** evaluar ***la efectividad de la "vacuna" a lo largo del tiempo***.

Sin embargo, el informe indicó que había un riesgo 2.1 veces mayor de hospitalización para los niños no "vacunados" si las hospitalizaciones se sumaban durante todo el período de 10 semanas.

Una reducción del riesgo de 2.1 veces se traduce ***en que la "vacuna" tiene aproximadamente un 52% de efectividad en la prevención de la hospitalización***.

Este número es consistente con los hallazgos del estado de Nueva York. ***Los autores de ese*** estudio ***notaron la caída de la efectividad de la "vacuna", a solo el 48% en siete semanas***.

Debemos tener en cuenta que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) requiere ***una tasa de eficacia mínima del 50% para otorgar la Autorización de Uso de Emergencia (EUA)***.

Con el fin de proporcionar información significativa que los padres pueden utilizar para tomar una decisión informada sobre si "vacunar" o no a sus hijos, ***se debe*** evaluar ***el riesgo absoluto de hospitalización***.

Según el MMWR, la tasa acumulada de hospitalización en los no "vacunados" fue de 19.1 por 100 000 en comparación con 9.2 por cada 100 000 en los completamente "vacunados". Así es como calculan un factor de reducción de riesgo de 2.1 (19.1/9.2 = 2.1).

Más importante aún, ***estas tasas de hospitalización nos permiten determinar que se** requerirán **100 000 series primarias de "vacunas" (dos "vacunas" por serie primaria) para evitar 10 hospitalizaciones***.

En otras palabras, ***para** evitar **una sola hospitalización, 10 000 niños deben estar completamente "vacunados"***. Este es el número necesario para "vacunar", una métrica rara vez discutida por los fabricantes de vacunas o los medios heredados (o mencionada por los CDC para el caso).

En su informe (página 12) al Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados de la FDA el 26 de octubre de 2021, Pfizer reconoció que ***842 eventos adversos reportados pasivamente ocurrieron en niños menores de 12 años***.

En ese momento, aproximadamente 125 000 niños en ese grupo de edad estaban completamente "vacunados".

Entonces, ¿cómo pudo Pfizer obtener EUA de la FDA? No hubo ***muertes por Covid, hospitalizaciones o incluso episodios graves de enfermedad en el brazo de tratamiento o placebo del estudio***.

Pfizer ofreció seis "modelos" diferentes de riesgo/beneficio potencial basados en los niveles de anticuerpos inducidos por la "vacuna" y las tasas asociadas de hospitalización por Covid y mio/pericarditis inducida por la "vacuna" en niños mayores.

Cabe destacar que Pfizer asumió en cada uno de sus modelos que la efectividad de su producto para prevenir la hospitalización era de entre el 80% y el 100% (Tabla 14 del informe).

Como se describió anteriormente, ***la efectividad real derivada del propio informe de los CDC es del 52% y sabemos que encima** disminuye **muy rápidamente con el tiempo***. ***Ha quedado demostrado por el propio informe de los CDC, que los modelos del fabricante de la "vacuna", son extremadamente*** inexactos, entonces, ¿por qué no se ha rescindido la EUA?

Los autores de los CDC** no mencionaron **este punto clave en su informe.

A 15 de abril, se informaron más de 10 290 eventos adversos al Sistema de Notificación de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS), en este grupo de edad. De ellos, 248 fueron calificados como graves.

También hubo 19 informes de mio/pericarditis y cinco muertes según lo informado por The Defender.

A lo largo de la pandemia, los autores de MMWR, ensayos de vacunas y estudios observacionales midieron la efectividad de la "vacuna" midiendo los resultados solo en los completamente "vacunados" (14 días después de la segunda inyección) en comparación con los no "vacunados".

¿Por qué se debe medir la efectividad de una intervención desde el momento del efecto máximo en adelante?

Además, ***si existe un** riesgo **asociado con la intervención (en este caso una serie primaria de dos inyecciones), esa señal se** perderá **si los parcialmente "vacunados" se excluyen del grupo de tratamiento y, lo que es peor, se** incluyen **en el grupo sin tratamiento (no "vacunados")***.

El estadístico Mathew Crawford exploró las posibles consecuencias de este enfoque, afirmando:

" … ***si está computando sin tener en cuenta lo que sucede durante el período temprano, independientemente de las expectativas de eficacia durante ese tiempo, entonces no está examinando la suma total de los efectos de la terapia***".

Sin embargo, esta práctica sigue sin ser cuestionada por los medios de comunicación heredados o los comités asesores de la FDA y los CDC. ***Claramente esto** magnificará **la efectividad de la "vacuna"***.

Los datos originales del ensayo (para adultos) de Pfizer demostraron una eficacia de la "vacuna" de solo el 52.4% (tabla 13) durante el período entre la primera y la segunda dosis.

Comparando la incidencia de Covid entre placebo y receptores de la "vacuna" desde el momento de la primera inyección, la eficacia de la "vacuna" sería del 82%. Sin embargo, ***a Pfizer se le** permitió **reclamar una eficacia del 95% al contar solo los casos de Covid que ocurrieron dos semanas o más después de la segunda dosis***.

El ensayo pediátrico ***no** informó **sobre los casos de Covid entre la primera y la segunda inyección***.

En el MMWR, ***las hospitalizaciones entre los "vacunados" parcialmente se** contabilizarán **en la columna de no "vacunados". Esto** exagerará **automáticamente el beneficio de estar completamente "vacunado"***.

También plantea la pregunta: si los autores pudieron diferenciar entre "vacunados" completos, parcialmente "vacunados" y no "vacunados", ¿***por qué no los** separaron **en tres grupos para proporcionar una mejor información***? ¿Fue un descuido inocente?

En su lugar, optaron por informar en sus limitaciones que "… ***los análisis basados en el estado de 'vacunación' están** sesgados **hacia lo nulo porque los niños parcialmente 'vacunados' se** agruparon **con niños no 'vacunados'***".

En otras palabras, asumen que la "vacunación" parcial debe conllevar un beneficio protector.

¿Cómo saben esto? Como se indicó anteriormente, en los ensayos pediátricos, ***los resultados de Covid*** no se tabularon ***entre los parcialmente "vacunados"***.

Los CDC no solo incluyeron a los niños hospitalizados parcialmente "vacunados" entre los no "vacunados" (***lo que aumentó la efectividad de la "vacuna"***), sino que los CDC declararon que esto resulta en el efecto contrario.

Finalmente, ***no se puede*** descartar ***la posibilidad de que algunas de estas hospitalizaciones se debieron a eventos adversos de la "vacuna"***. Los eventos adversos conocidos, como dolores de cabeza, mialgias, dolor abdominal, alteración del estado mental/confusión, dolor torácico, diarrea, fatiga, fiebre/escalofríos, dolores/mialgias musculares, náuseas/vómitos, erupción cutánea y convulsiones se consideraron signos de sospecha de Covid.

Estas son las conclusiones clave:

- ***La "vacuna" no ofrecía protección para prevenir enfermedades graves.***
- ***El riesgo de hospitalización por Covid es extremadamente bajo.***
- ***La protección contra la hospitalización apenas cumple con los requisitos mínimos de EUA. El riesgo de "vacunación" sigue siendo ignorado***.

En términos de prevención de la hospitalización, el informe de los CDC es consistente con los datos de Nueva York que demostraron ***una efectividad del 50% al final de un período de siete semanas***. Es probable que la efectividad de la "vacuna" en esta población esté reflejando los resultados de Nueva York, que demostró ***fuertes disminuciones semana tras semana***.

Aunque los principales medios de comunicación promovieron el informe de los CDC como justificación para obligar a los padres a "vacunar" a sus hijos, este MMWR es en realidad una confirmación de que ***estos productos tienen nulos beneficios con un riesgo para su salud que es altísimo y no reconocido por los autores***.

Veamos otros ejemplos que nos sirven para explicar la "creatividad" de las autoridades e instituciones con la información y los datos referentes a niños:

La campaña israelí para "vacunar" a los niños de entre 5 y 12 años, ya había comenzado, y el Primer Ministro afirmó que la próxima ola de morbilidad será una "Ola de niños". Los noticieros convencionales comienzan con datos intimidantes, como: el 50% de los casos confirmados son en niños de 0 a 11 años. Sin embargo, una mirada rápida a los datos es suficiente para demostrar que ***la semana anterior el número de "casos confirmados" en niños de 0 a 11 años fue un promedio de 220 por día, mientras que dos meses atrás, a mediados de septiembre, las cifras se mantuvieron a un récord de 3200 casos confirmados al día. De 3200 a 220, una disminución del 95% de morbilidad, en niños que ni siquiera fueron "vacunados"***.

Los datos del gráfico se basan en un análisis de Excel de la población joven de la base de datos del Ministerio de Salud, elaborado por Real-Time News.

"Hay 2.1 millones de niños entre las edades de 0 y 11 años que viven en Israel. ¿Es razonable poner a toda la nación en alerta máxima durante una quinta ola debido a 220 casos al día? Alternativamente, ¿podría ser esta una campaña orquestada en preparación para la venta al público de “vacunas” para niños?" preguntó Real-Time News.

El porcentaje de resultados positivos representa el peligro de que un individuo se convierta en un caso confirmado; es decir, recibir un resultado positivo en la prueba de coronavirus. Este riesgo depende de una variedad de parámetros, desde la propagación del virus en la población hasta las diversas pruebas utilizadas y la política de pruebas. Por ejemplo, si se hacen las pruebas a más personas de las comunidades rojas, el porcentaje de resultados positivos para toda la población será mayor que si se hicieran las pruebas a la mayoría de las personas de las comunidades verdes.

El examen de los datos sobre los resultados positivos de las pruebas según los grupos de edad revela una imagen interesante. El 75% de las veces, los grupos de edad más jóvenes (de 0 a 19 años) muestran el porcentaje más alto de resultados positivos en las pruebas en comparación con todos los demás grupos de edad.

Vemos en el gráfico que al comienzo de cada ola redujeron un poco las pruebas a los niños", escribió Real-Time News, "lo que hizo que su porcentaje de pruebas positivas fuera bajo en relación con otros grupos de edad. Pronto, sin embargo, esto se estabiliza y los niños soportan la carga más pesada de los resultados positivos de las pruebas.

"No hay nada nuevo al final de la cuarta ola; los patrones de morbilidad son muy similares a los observados al final de la segunda ola el verano pasado, un período en el que no había ‘vacunas’. En ambos casos, al empezar la ola, las pruebas se centraron en la población adulta y sus tasas positivas fueron más altas, pero en dos semanas la tasa positiva entre los niños volvió a subir por encima de la del resto de la población, a pesar de que era la temporada de vacaciones y esa época el año pasado fue un período de encierro, cuando los niños no estaban en la escuela ni en la guardería".

Entonces, ¿cómo podemos explicar la alta tasa de positividad en niños, en comparación con los adultos, y la afirmación de que el 50% de los casos confirmados fueron en niños? La respuesta, aparentemente, ***radica en cómo se implementó la operación de prueba***.

"Tomemos, por ejemplo, las campañas intensivas de pruebas y la gran cantidad de pruebas en los sectores árabe y haredí. En estas comunidades, la población es más joven y la tasa de resultados positivos siempre es más alta. Actualmente se están realizando una cantidad relativamente alta de pruebas en el sector árabe,

donde el 30% de la población son niños. Como resultado, la tasa positiva en niños aumenta artificialmente, mientras que no nos informan que una gran parte de las pruebas y 'casos' se encuentran entre niños árabes y haredi".

El documento continuó: "Otra forma de jugar con las pruebas de coronavirus para que se pueda afirmar que el 50% de los casos son en niños, es usar datos del aeropuerto Ben Gurion. En el mes de octubre, alrededor de 400 000 personas ingresaron a Israel a través de Ben Gurion. Aeropuerto, la gran mayoría de los cuales eran adultos, y la mayoría fueron "vacunados". La tasa positiva en el aeropuerto Ben Gurion es muy baja, lo cual no es sorprendente, ya que estamos hablando de personas que fueron evaluadas fuera de Israel antes de tomar su vuelo, por lo que las posibilidades de que den positivo son escasas. En total, estamos hablando de un tercio de todas las pruebas realizadas en adultos. Así, aparentemente, a muchos adultos se les hace la prueba, pero la forma en que se les hace la prueba es muy diferente.

"Jugar con los datos puede tener éxito en la creación de titulares, aunque distorsionados, según los cuales los niños representan la mitad de todos los casos. Sin embargo, incluso después de todas estas manipulaciones, todavía no es posible ocultar el hecho de que cuando miramos a los niños solos, ¡la tasa positiva en el grupo de edad de 0 a 19 años era de solo el 1.1%!

"¡1.1% en comparación con casi el 10% dos meses y medio atrás!"

Había alrededor de 24 000 pruebas que se administraban a los niños en promedio todos los días, con cerca de 275 "casos" detectados. En comparación con las cifras de mediados de septiembre, un promedio diario de 70 000 pruebas y cerca de 4300 "casos" diarios, no está claro de qué tipo de Children's Wave estamos hablando y qué es excepcional aquí.

Dos meses antes, durante las vacaciones, se hizo la prueba a aproximadamente la mitad de todos los niños. Durante las cuatro semanas entre el 22 de agosto y el 18 de septiembre, se realizaron 1 250 000 pruebas con 85 000 "casos confirmados". Había 2.1 millones de niños menores de once años en Israel.

El mes anterior, de entre 600 000 pruebas realizadas, se encontró aproximadamente una décima parte del número de casos: 8700.

Compare esto también con julio, cuando estaban haciendo aproximadamente la mitad del número de pruebas (340 000) y encontraron alrededor de 5000 "casos". La morbilidad en julio era muy similar a la actual, pero estaban probando menos.

¿Es lo que estaban viendo, entonces, realmente había una "Ola de Niños"?

"La respuesta es que ***esto es simplemente un juego de manos***", concluyó Real-Time News. "***Las tasas de morbilidad absoluta son muy bajas, a pesar de la altísima tasa de pruebas, y no difieren esencialmente de las tasas de hace cuatro meses, ni de las presentadas por el Ministerio de Salud***

hace un año, al final de la segunda ola. Para confundirnos, ***la forma en que se implementan las pruebas está fuertemente sesgada en contra de los niños y utilizan porcentajes para asustar al público***."Bill Gates recomendó una vez el famoso libro How to Lie With Statistics. Parece que nuestros responsables políticos hicieron caso de su consejo y leyeron el libro. Los datos en sí mismos, por supuesto, no son el problema. El problema es cómo se interpretan y su uso cínico por parte de los medios de comunicación para asustar al público. Como es habitual".

Por otro lado, la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) hizo pública su posición respecto de la "vacunación" antiCovid-19 en niños y adolescentes. Pese a que la SAP se precia de ser una de las instituciones científicas de mayor antigüedad en el país ha desconcertado por la falta de sustento científico, epidemiológico y ético y por la ambigüedad de los argumentos respecto de la "vacunación" antiCovid-19 en niños y adolescentes. El pasado 30 de noviembre emitió un nuevo comunicado elaborado conjuntamente por la Subcomisión de Ética Clínica, la Subcomisión de Epidemiología y el Comité Nacional de Infectología. Las ambigüedades, las contradicciones y la falta de rigor científico de los argumentos ameritan, punto a punto, el siguiente análisis y revisión:

1. Reconocen que ***la administración en humanos de la primera vacuna contra Covid-19 es experimental*** y admiten el corto periodo de ensayos clínicos, admiten que la autorización de uso comercial fue condicionada y se hizo sin esperar a los resultados de estudios a largo plazo, ***bajo el pretexto falaz de que la "vacunación" experimental es la única medida que puede controlar la pandemia***.

2. Admiten que evaluar la efectividad real de una vacuna es extremadamente complejo y requiere varios años. Pero omiten mencionar que ***evaluar la seguridad de una vacuna experimental también requiere varios años y que en un período de apenas seis meses no es posible saber si una vacuna es segura, a largo plazo, en términos de carcinogenidad, mutagenicidad, teratogenicidad, autoinmunidad, toxicidad y de sinergia con las otras vacunas del calendario nacional de vacunación***. ***Recomendar la vacunación voluntaria en niños y adolescentes sin contar con datos de seguridad es un acto de irresponsabilidad que delega toda la responsabilidad en los padres***.

3. Afirman, sin proporcionar citas de revisión científica, que "en los países con alta tasa de 'vacunación' se ha visto una disminución clara en la cantidad de contagios y, sobre todo, disminución de la mortalidad". Esta afirmación es falsa y confunde a la población, ya que ***en los países con mayores tasas de "vacunación" se están observando nuevas olas, aparición nuevas supuestas variantes resistentes a las "vacunas" y aumento de la mortalidad respecto de 2020***. Además, ***la aparición de supuestas nuevas variantes con mutaciones que, supuestamente, las hacen resistentes a las "vacunas" se correlaciona fuertemente con las tasas de "vacunación" en 12 países de Europa y América***. Esto indica que las mutaciones resistentes

a los anticuerpos "vacunales", como las de Ómicron, teóricamente, se convertirán en un mecanismo dominante de la evolución del SARS-CoV-2 cuando la mayoría de la población mundial esté "vacunada".

4. Basan sus recomendaciones para la "vacunación" de los niños contra Covid-19 bajo el pretexto de "Solidaridad Social", con esta frase argumentan que "a mayor población 'vacunada', menor circulación del virus, por lo tanto menor posibilidad de enfermarse". Es decir que con la "solidaridad social" se beneficiaría a las poblaciones más vulnerables. La primera falacia, inaceptable, que queda en evidencia es que ***no se puede considerar "solidaridad" la experimentación en niños para proteger a las poblaciones vulnerables, dado que son productos no aprobados, en fase de experimentación***. ***El argumento de que a mayor "vacunación" hay una disminución de la cantidad de infecciones, es falso y ha quedará demostrado en este informe***. Se esperaba que altas tasas de "vacunación" contra Covid-19 redujeran la transmisión de SARS-CoV-2 en las poblaciones al reducir el número de fuentes posibles de transmisión, y por lo tanto reducir la carga de Covid-19. Pero ***lo cierto es que los casos de Covid-19 sintomáticos en personas "vacunadas" se han incrementado, de acuerdo con los datos de la OMS***. ***El número absoluto de casos reportados en Inglaterra y en Alemania representan el doble al triple de casos para la misma época el año pasado, cuando no había "vacunados" en la población. De acuerdo con los datos del gobierno de España, la proporción semanal de casos hospitalizados "vacunados", respecto a los no "vacunados" se ha incrementado, llegando a ser casi 4 veces mayor en "vacunados" que en no "vacunados"***. Estos ejemplos (y muchos más, se verán detalladamente en el apartado de efectividad) demuestran que los datos epidemiológicos oficiales de los países con las tasas de "vacunación" más altas rotundamente contradicen las afirmaciones de la SAP: ***a mayor número de personas "vacunadas", el número de casos de hospitalizados aumenta semana a semana***.

5. Otra contradicción inaceptable que puede leerse en el comunicado de la SAP es que "a pesar de la disminución de casos activos, continúa la emergencia sanitaria". Si los casos activos han disminuido, ¿en qué se basan para definir emergencia sanitaria? ***Si ellos mismos confirman la disminución de casos, no existe emergencia y por lo tanto no se justifica el riesgo de la aplicación de la inyección experimental autorizada sólo para uso de emergencia***.

6. Algo alarmante es que ***reconocen que la decisión de vacunar a niños pequeños la hacen en base a los datos limitados que se tienen hoy***, que según su criterio "impresionan suficientes y válidos para hacer aceptable la recomendación de 'vacunación' voluntaria de este grupo etario". ***Ninguna sociedad científica, ni médica, ninguna comisión de Ética Clínica puede sugerir un recomendación de esta magnitud con datos de seguridad, eficacia y necesidad limitados, usando términos ambiguos basados en criterios que "impresionan suficientes y válidos", delegando en los padres toda la responsabilidad de los efectos adversos que ya están***

siendo reportados y reconocidos en todo el mundo como consecuencias de la "vacunación" en los menores de 30 años.

7. Inmediatamente a continuación afirman que "las áreas técnicas específicas coinciden con nuestra opinión no especializada en que las diferencias biológicas del grupo de 3-11 años con los adolescentes no anticipan potenciales efectos adversos nuevos". Admiten que hay efectos adversos pero consideran que los 50 000 muertos y los 5 000 000 de afectados entre Europa, Estados Unidos y Reino Unido hasta finales de noviembre 2021, no son relevantes dado que no esperarían efectos adversos "nuevos". ***Con liviandad descartan la gravedad del aumento en las tasas de miocarditis y pericarditis en los adolescentes como si lo preocupante pueda ser algo "nuevo"***. La mediana de edad es de 26 años y la mediana de tiempo hasta la aparición de los síntomas es de 3 días después de la "vacunación" con las "vacunas" de Pfizer-BioNTech y Moderna. Es muy probable que esto sea una subestimación del daño cardíaco total que se está produciendo, ya que muchos casos pueden ser inicialmente subclínicos. Acaso ignoran que los CDC publicaron una guía instando a los médicos a estar alertas a los síntomas cardíacos inusuales, que podrían incluir dolor en el pecho, dificultad para respirar o palpitaciones, entre los jóvenes que acaban de recibir sus "vacunas" Covid-19. Acaso ignoran el informe publicado recientemente en la revista Pediatric Reports que ofrece información preliminar útil sobre detalles clínicos y terapéuticos relacionados con la miocarditis relacionada con las "vacunas" Covid-19 en adolescentes. Acaso ignoran que se publican cada vez más casos clínicos de miocarditis aguda o miopericarditis en adolescentes varones sanos que presentaron dolor en el pecho dentro de los 2 a 4 días posteriores a la segunda dosis de las "vacunas" Covid-19. No nos toca juzgar si los profesionales responsables ignoran u omiten los datos científicos, pero en los hechos, nada de esto se ve reflejado en el comunicado de la SAP.

8. Admiten que "hay limitada información pública sobre la 'vacunación' contra Covid-19" y afirman que no pueden dejar de destacar que están preocupados frente a la información limitada. Pero con eso no alcanza. ***Sería ético y coherente con la preocupación que expresan, desaconsejar la "vacunación" en niños y adolescentes hasta que se disponga de los datos de seguridad, eficacia y necesidad***.

9. Mas aún cuando a continuación afirman que "es importante remarcar que cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la enfermedad y transmitirla, independientemente del estado de 'vacunación'". Esta realidad ya ha sido confirmada por la OMS, el CDC y por el propio Director del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH), Anthony Fauci. Esto da lugar a preguntarnos: ¿Entonces para qué recomiendan "vacunar" a los niños? ¿Con qué argumento aconsejan exponer a los niños a los potenciales riesgos de una nueva inyección experimental, sin conocer las reacciones sinérgicas que pueden resultar con las demás vacunas del calendario escolar? ***Hasta ahora no hay estudios que demuestren la seguridad de la interacción de las vacunas del calendario entre ellas. Están sumando una inyección de terapia génica que ya esta causando una serie de efectos adversos graves. ¿Quién asume la responsabilidad?*** Se han observado efectos secundarios severos que no se

observaron en los ensayos de fase 3, incluida la trombosis con síndrome de trombocitopenia (STT), una afección poco común que se asemeja a la trombocitopenia inducida por heparina (TIH). Los tres adenovirus desplegados como vectores de "vacunación" frente al SARS-CoV-2 se unen al factor plaquetario 4 (PF4), una proteína implicada en la patogénesis de la HIT. Si el riesgo ya está demostrado, ¿quién asume tal riesgo?

10. Señalan que "se notificaron 446 364 casos confirmados de Covid-19 en niños, niñas y adolescentes (0-17 años), esta población representa el 8.8% del total de los casos"; "fallecieron 256 niños, niñas y adolescentes, lo que representa una letalidad de 0.06 %. Los casos fallecidos mostraron una mediana de edad de 7 años. La co-morbilidades más frecuentes fueron: enfermedad neurológica previa y enfermedad oncológica previa". ***La información se presenta de manera engañosa, tendiente a justificar la falacia mas usada por las autoridades sanitarias y ahora también usada por la SAP, que es adjudicar muertes por Covid-19 a los fallecidos con co-morbilidades como enfermedad neurológica y oncológica previas.*** ¿Se cuentan como muertes por Covid-19, a 256 niños y adolescentes fallecidos con una prueba positiva de Covid-19, mediante tests de PCR que los CDC han reconocido tienen graves fallos? Un nuevo estudio publicado en Alemania analizó el riesgo de hospitalización, enfermedad grave y mortalidad debido al Covid-19 en niños. Encontraron riesgos mínimos de eventos graves o muertes entre los niños. ***Cuando analizaron las co-morbilidades, no pudieron encontrar un solo caso en el que un niño sano en el grupo de edad de 5 a 11 años muriera a causa de la infección por SARS-CoV-2***.

Como ha quedado demostrado, en contra de lo que dice el discurso oficial, la "vacunación" infantil contra la Covid, ni es necesaria, ni es segura para los niños. No le aporta ningún beneficio a ellos, ni tampoco a los adultos. La enfermedad en los niños tiene una bajísima incidencia y ellos, no transmiten la enfermedad. Los riesgos, superan con creces a los beneficios, por tanto, su inoculación en niños-adolescentes, debería estar prohibida**.**

Efectividad

Los defensores de las inyecciones antiCovid han cambiado repetidamente la definición de "eficacia" de la "vacuna". Antes de que se usaran las inyecciones, se dijo que evitarían la "infección". Cuando quedó claro que no eran muy eficaces para prevenir la "infección", se afirmó que la verdadera eficacia se medía en función de si las personas "vacunadas" podían propagar la "infección". Pero cuando quedó claro que las personas "vacunadas" pueden propagar la "infección", afirmaron que la verdadera medida de la eficacia es que ninguna persona "vacunada" sería hospitalizada o moriría de Covid. Cuando quedó claro que estaban siendo hospitalizados y muriendo, después de todo, los defensores de la inyección afirmaron que éstas siguen siendo altamente efectivas porque menos personas "vacunadas" mueren de Covid, cosa que se ha constatado que es falsa.

La ciencia ha demostrado que la efectividad real de esas "vacunas", es muy inferior a la que sus respectivos fabricantes han afirmado que tienen (1) (2) (3) (4) **y además, en el caso de las que utilizan el ARNm, es altamente** dependiente **de la cantidad intacta de ese material con que cuentan esas "vacunas"**. Han utilizado un parámetro llamado reducción de riesgo relativo (RRR), cuando tendrían que haber utilizado la reducción de riesgo absoluto (ARR), para calcular el **NNV (número de personas "vacunadas" necesarias para evitar un nuevo contagio), que en el caso de Pfizer y a modo de ejemplo, es de 119 ya en la fase 3 del ensayo (es decir, son necesarias 119 personas "vacunadas" con Pfizer, para prevenir que 1 no se contagie)**. Los datos de ARR para todas las vacunas autorizadas de emergencia son: **1.3% para AstraZeneca–Oxford, 1.2% para Moderna–NIH, 1.2% para J&J, 0.93% para Gamaleya y 0.84% para Pfizer–BioNTech**. Este vídeo lo explica con cifras oficiales, hay un 4520% más de posibilidades de morir por la "vacuna de la Covid" que por la Covid.

En la publicación, el Dr. Ron Brown calcula la reducción del riesgo absoluto de las "vacunas" de Pfizer y Moderna, al basarse en sus propios datos de ensayos clínicos, de modo que puedan compararse con la reducción del riesgo relativo que reportaron ambas compañías. Aquí hay un resumen de sus hallazgos:

- "Vacuna" BNT162b2 de Pfizer/BioNTech. Reducción del riesgo relativo: 95.1 %. Reducción del riesgo absoluto: 0.7 %.

- "Vacuna" mRNA-1273 de Moderna. Reducción del riesgo relativo: 94.1 %. Reducción del riesgo absoluto: 1.1 %.

Una evaluación crítica de los datos de ensayos clínicos disponibles públicamente verifica que los porcentajes de reducción del riesgo absoluto para la "vacuna" Pfizer / BioNTech BNT162b2 y la "vacuna" Moderna mRNA-1273 son, respectivamente, 0.7% y 1.1%; a 1.32%. Los mismos datos disponibles públicamente, sin medidas absolutas de reducción del riesgo, fueron revisados y aprobados por la lista de miembros que forman parte del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC) de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para la autorización de uso de emergencia (EUA) de las "vacunas" de ARNm. Irónicamente, la omisión de medidas absolutas de reducción del riesgo en los datos revisados por el VRBPAC pasa por alto las directrices de la FDA para comunicar al público los riesgos y beneficios basados en la evidencia. El consejo de la FDA para los proveedores de información incluye:

"Proporcione riesgos absolutos, no solo riesgos relativos. Los pacientes se ven indebidamente influenciados cuando la información de riesgo se presenta utilizando un enfoque de riesgo relativo; esto puede resultar en decisiones subóptimas. Por lo tanto, se debe utilizar un formato de riesgo absoluto".

Pfizer afirma que la inyección de ARNm antiCovid-19 tiene una efectividad como "vacuna" del 95%. Pudieron afirmar esto debido a lo siguiente:

Durante el ensayo clínico en curso, 43 661 sujetos se dividieron equitativamente entre los grupos de placebo y "vacuna" (aproximadamente 21 830 sujetos por grupo).

En el grupo de placebo, el grupo que recibió no tenía la "vacuna" Pfizer Covid-19, 162 se infectaron con el coronavirus y mostraron síntomas. Mientras que en el grupo de la "vacuna", el grupo que recibió la "vacuna" real, ese número fue solo de 8. Por lo tanto, el porcentaje del grupo placebo que se infectó fue igual al 0.74% (162/21830 x 100 = 0.74 %) y un 0.04% del grupo "vacunado" se infectó (8/21830 x 100 = 0.04%).

Para calcular la eficacia de su inyección de ARNm de Covid-19, Pfizer realizó el siguiente cálculo:

Primero restaron el porcentaje de infecciones en el grupo "vacunado" del porcentaje de infecciones en el grupo placebo.

0.74% - 0.04% = 0.7%

Luego dividieron ese total por el porcentaje de infecciones en el grupo de placebo, lo que equivalía al famoso 95%.

0.7 / 0.74 = 95%

Lo que no cuentan, **es el hecho de que este cálculo fue extremadamente engañoso y solo midió la efectividad relativa en lugar de la efectividad absoluta**. Tampoco necesitamos entrar en el hecho de que **Pfizer eligió ignorar miles de otras infecciones sospechosas durante el ensayo en curso y no realizar una prueba de PCR para confirmar la infección porque habría arrojado la eficacia por debajo del mínimo requerido del 50% para obtener la aprobación regulatoria**.

***Riesgo Relativo*, del 95% significa que de cada 100 personas "vacunadas", 95 supuestamente tendrán menor riesgo de morir o ser hospitalizados que los no "vacunados"**.

***Riesgo absoluto* de 1% significa que de cada 100 personas que reciben la inyección sólo 1 tiene menor riesgo de morir, o ser hospitalizado, situación que no está sucediendo**.

Falsamente, se le dice al público en general que la "vacuna" Pfizer Covid-19 tiene una efectividad del 95% debido al cálculo realizado anteriormente. El mismo cálculo también se utilizó en función de los resultados individuales para afirmar una eficacia de la "vacuna" de alrededor del 70% para AstraZeneca y alrededor del 98% para Moderna.

Una evaluación crítica de los datos de los ensayos clínicos de fase III para la "vacuna" Pfizer / BioNTech BNT162b2 y la "vacuna" Moderna mRNA-1273 muestra que las medidas de reducción del riesgo absoluto son mucho más

bajas que las medidas de reducción del riesgo relativo informadas. Sin embargo, los fabricantes no informaron sobre las medidas absolutas de reducción del riesgo en documentos publicados. Además, el Comité Asesor de la FDA de EE. UU. (VRBPAC) no siguió las pautas publicadas por la FDA para comunicar los riesgos y beneficios al público, y el comité no informó las medidas absolutas de reducción del riesgo al autorizar las "vacunas" BNT162b2 y mRNA-1273 para uso de emergencia. Tales ejemplos de sesgo de notificación de resultados engañan y distorsionan la interpretación pública de la eficacia de la "vacuna" de ARNm de Covid-19 y violan las obligaciones éticas y legales del consentimiento informado.

Gracias a una gran cantidad de datos publicados por la nueva Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, podemos usar el mismo cálculo utilizado para calcular la falsa efectividad del 95% de la "vacuna" de Pfizer, para calcular la efectividad en el mundo real de las "vacunas" Covid-19.

La tabla 2 del informe de vigilancia de vacunas de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, publicado el 7 de octubre de 2021, muestra el número de infecciones registradas por estado de "vacunación" entre la semana 36 y la semana 39 de 2021. También muestra la tasa de casos confirmados entre las personas completamente "vacunadas" y las tasas entre personas no "vacunadas" por cada 100 000 habitantes.

Pfizer tenía la misma cantidad de personas que habían sido "vacunadas" y no habían sido "vacunadas" en el ensayo clínico en curso para calcular la efectividad de su "vacuna", por lo que para calcular la efectividad en el mundo real, todo lo que tenemos que hacer es realizar el mismo cálculo utilizando las tasas por 100 000; números suministrados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, que son los siguientes:

La eficacia de todas las "vacunas" disponibles combinadas es tan baja como – 85.71% en el grupo de edad de 40 a 49 años, y tan alta como - 3,4% en el grupo de edad de 30 a 39 años. Esto muestra que las "vacunas" Covid-19 están haciendo que las personas sean más susceptibles a contraer Covid-19, en lugar de prevenir los casos de Covid-19 en el 95% que se afirma.

Al combinar los números proporcionados para todos los grupos de edad mayores de 30 años, la efectividad promedio de la "vacuna" de - 47.69%, y definitivamente estamos viendo esto en el número de casos confirmados por estado de "vacunación".

Entre la semana 36 y la semana 39 de 2021, hubo 41 149 casos confirmados de Covid-19 en los mayores de 30 años no "vacunados", 14 649 casos confirmados en los mayores de 30 parcialmente "vacunados" y un alarmante 243 373 casos confirmados en los mayores de 30 totalmente "vacunados".

El informe de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido **demuestra sin lugar a dudas que las "vacunas" Covid-19 no funcionan y, de hecho, empeoran a los receptores**.

La semana anterior las “vacunas” Covid-19 estaban demostrando tener una efectividad negativa promedio en todas las personas mayores de 18 años en el Reino Unido de -70%. Hoy podemos revelar que el último informe disponible de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, que ha reemplazado recientemente a Public Health England, muestra que las “vacunas” Covid-19 ahora están demostrando tener una efectividad negativa promedio en todas las personas mayores de 18 años en el Reino Unido de -73%, a pesar de que lleva semanas en una campaña de las inyecciones de refuerzo.

La Tabla 5 del informe de vigilancia de vacunas de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, publicado el 28 de octubre de 2021, muestra la tasa de casos confirmados de Covid-19 entre las personas completamente “vacunadas” y las tasas entre las personas no “vacunadas” por cada 100 000 personas.

Como ya dije anteriormente, Pfizer tenía la misma cantidad de personas que habían sido “vacunadas” y no habían sido “vacunadas” en el ensayo clínico en curso para calcular la efectividad de su “vacuna”, por lo que para calcular la efectividad en el mundo real, todo lo que tenemos que hacer es realizar el mismo cálculo utilizando las tasas por 100 000; números suministrados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, que son los siguientes:

La eficacia de todas las “vacunas” disponibles combinadas es tan baja como -128% en el grupo de 40 a 49 años, y tan alta como + 13% en el grupo de 18 a 29 años, que ha disminuido desde una eficacia de + 21% en el grupo de edad datos publicados semanas anteriores. Este es el único grupo de edad, además de los menores de 18 años, en el que las “vacunas” muestran actualmente una eficacia positiva.

Esto demuestra que las “vacunas” Covid-19 están haciendo que las personas sean más susceptibles a contraer Covid-19, en lugar de prevenir los casos de Covid-19 en el 95% declarado, y el hecho de que la efectividad de las “vacunas” ahora ha superado la barrera del -100% en todas las personas entre 40 y 69 años, sugiere que ha diezmado por completo su sistema inmunológico, al menos en lo que respecta a la infección por el presunto virus SARS-CoV-2.

Al combinar los números proporcionados para todos los grupos de edad mayores de 18 años, podemos calcular una efectividad promedio de la “vacuna” de -73%, y definitivamente estamos viendo esto en el número de casos confirmados por estado de “vacunación”.

La “vacuna” contra la Covid de Pfizer ha hecho “más daño que bien”, según una investigación publicada por la Canadian Covid Care Alliance (CCCA). Un vídeo producido por CCCA y una presentación en PDF de 50 páginas que lo acompaña proporciona una inmersión profunda en los datos publicados por Pfizer sobre el desarrollo y las pruebas de sus “vacunas” Covid.

Al comienzo de la presentación, CCCA cuantifica y contextualiza las afirmaciones de Pfizer sobre la reducción de riesgos. Mientras se presentaban las “vacunas” al

público, Pfizer dijo que la inyección mostró una eficacia del 95% siete días después de la segunda dosis. Sin embargo, según la CCCA, ***el 95% en realidad se refirió a una Reducción del Riesgo Relativo (RRR) mientras que la Reducción del Riesgo Absoluto (ARR) fue solo un ínfimo 0.84%***.

En el vídeo de presentación y en un vídeo separado más corto, la CCCA explica la diferencia entre RRR y ARR en lo que respecta al producto de Pfizer.

En el ensayo de inyección de Pfizer Covid, se informó que ocho de los 18 198 participantes que fueron "vacunados" desarrollaron Covid, y en el grupo de placebo no "vacunado", 162 de 18 325 también desarrollaron Covid. Según los datos del ensayo, incluso sin la vacuna, el riesgo de contraer la Covid era "extremadamente bajo": 0.88% entre los no "vacunados" y 0.04 % entre los del grupo de ensayo "vacunado".

Esto significa que el beneficio neto o ARR que se muestra en el ensayo es del 0.84%. El número del 95% proviene de la diferencia relativa entre el 0.88% del grupo no "vacunado" y el 0.04% del grupo "vacunado".

"¿Cuántas personas habrían elegido tomar las 'vacunas' Covid-19 si hubieran entendido que ofrecían menos del uno por ciento sobre todos los beneficios?" preguntó el narrador del vídeo.

El informe expone la información proporcionada en los datos del informe de seis meses de Pfizer y dijo que mostraba una "evidencia de daño de nivel uno". Los datos de seis meses mostraron una RRR del 91.3% en el grupo "vacunado" en comparación con el grupo placebo en términos de casos positivos. Sin embargo, también hubo un "aumento de enfermedades y muertes" en el grupo "vacunado" en comparación con el grupo placebo.

"***No hay ningún beneficio en una reducción de los casos si tiene el costo de un aumento de la enfermedad y la muerte***", dijo la CCCA.

Los datos del grupo inyectado ***mostraron un aumento en los eventos adversos en casi todas las categorías***. Esta información se incluyó en el informe de Pfizer, pero solo en el apéndice complementario que es difícil de encontrar. ***Hubo un aumento del 300% en los eventos adversos que se determinó que fueron causados por el producto en el grupo inyectado***.

Los eventos adversos severos, cosas que interfieren fuertemente con la capacidad de una persona para funcionar normalmente, aumentaron en un 75%. Esto llevó a la CCCA a afirmar que "***las inoculaciones de Pfizer aumentan la enfermedad en lugar de reducirla***".

También ***hubo un mayor riesgo de muerte general en el grupo "vacunado" en comparación con el grupo placebo***. Hubo 20 muertes totales registradas en el grupo pinchado mientras que hubo 14 en el grupo placebo.

Una preocupación para la CCCA fue que ***se produjo el doble de muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares en el grupo "vacunado"***.

La presentación enfatizó ***cuán dañinos son los pinchazos antiCovid para los jóvenes***, especialmente considerando que el "peligro de Covid severo es tan bajo para ellos que es difícil de cuantificar".

Hace unos meses, el Dr. Richard Fleming hizo una presentación en profundidad exponiendo lo que realmente está sucediendo con Covid y ADE inducida por "vacunas". Como parte de su presentación, explicó lo que realmente significa la eficacia de la "vacuna".

El Dr. Richard Fleming es cardiólogo nuclear y preventivo. Es licenciado en física, biología, psicología y química.

Las autorizaciones de uso de emergencia de la "vacuna" Covid ("EUA") no mostraron una reducción estadística en los casos de Covid. "Voy a guiarlos a través de él", dijo el Dr. Fleming.

La forma en que se determinó la eficacia de la vacuna, por ejemplo, la eficacia del 95% que se vende, fue como una proporción del número de personas que son diagnosticadas con Covid que reciben la "vacuna" dividida por el número de personas que son diagnosticadas con Covid que no recibieron la "vacuna".

Tomando como ejemplo los resultados del ensayo de Pfizer: 8 personas vacunadas y 162 no "vacunadas" fueron diagnosticadas con Covid. Luego, se calculó el cociente de riesgos: 8/162 = 0.05. La eficacia de la vacuna se calculó como uno menos el cociente de riesgos: 1 – 0.05 = 0,95 o 95%.

¿Cómo se hizo el diagnóstico de Covid en estos estudios de vacunas?

"Es una prueba PCR positiva, ya sea que esté 'vacunado' o no", explicó el Dr. Fleming, "si observa la lista de síntomas utilizada por Pfizer, Moderna o Janssen, verá que estos síntomas coinciden con casi cualquier infección. Ya sea SARS-CoV-2, gripe, resfriado común o cáncer o infección bacteriana, todos estos son los mismos síntomas".

Puedes preguntar cuántos fueron diagnosticados con Covid. Alternativamente, puede preguntar cuántos no fueron diagnosticados con Covid: la reducción absoluta del riesgo ("ARR").

Nuevamente, usando como ejemplo los resultados del ensayo de Pfizer: 17 403 personas "vacunadas" no fueron diagnosticadas con Covid y 17 349 personas no vacunadas no fueron diagnosticadas con Covid. Entonces, el 0.05% de las personas "vacunadas" y el 0.93% de las personas no "vacunadas" no fueron diagnosticadas con Covid. El ARR se calcula entonces como 0.93% – 0.05% = 0.88%.

El Dr. Fleming planteó la pregunta: "Si miras esto estadísticamente como lo harían los científicos, ¿son estos diferentes números realmente significativos?"

"Los resultados de este estudio muestran que no hay una reducción estadística de los casos de Covid entre los 'vacunados' y los no 'vacunados'. La reducción absoluta del riesgo fue del 0.88%, no del 95%".

Puede ver el vídeo completo de Infowars 'Pentagon A.I. Confirms Covid Shots TriggerIng Deadly ADE In The Vaccinated', aquí. La presentación del Dr. Fleming comienza 1:29:37.

Para contrarrestar todos estos datos y otros muchos que ponen en duda el discurso oficial sobre la efectividad de los sueros experimentales, hace poco los CDC publicaron un análisis, que concluyó que las personas que reciben la "vacuna" antiCovid tienen una probabilidad dos tercios menor de morir por cualquier causa. Lo que no dicen, es que las estadísticas sobre personas de 18 a 44 años, demuestran que el 35 % muere a causa de accidentes. El resto muere por alguna enfermedad: cáncer, enfermedad cardíaca o cualquier otra. Por lo tanto, lo que significa que, si obtiene una reducción de dos tercios, ahora debe reducir la cantidad de accidentes que sufren las personas. Es decir, ya no pueden morir a causa de ninguna enfermedad y también es menos probable que sufran accidentes. La única forma de conseguir una reducción de dos tercios en la tasa de mortalidad por cualquier causa es que ya nadie muera por ninguna causa, ninguna enfermedad, lo que también reduce el número de accidentes que sufren las personas. Entonces, esta "vacuna" los hace inmortales.

No producen ninguna mejoría. No lo hacen inmortal. Todo lo contrario, ***debilitan su sistema inmunológico***. ***Lo hacen más susceptible a la Covid***. En el Reino Unido, demostraron que las personas de 40 años que recibieron la "vacuna" tenían el doble de probabilidades de infectarse tras finalizar el supuesto periodo de protección.

En los Estados Unidos, hay hospitales con una tasa de "vacunación" comunitaria del 50 %, mientras que el 90% de los ingresos hospitalarios son de personas vacunadas. Esas estadísticas no se pueden inventar.

De hecho, los CDC recibieron estas estadísticas y decidieron ignorarlas. Entonces, inventan y manipulan las cosas, y este artículo es una prueba de que los CDC pueden sacarse de la manga cualquier cosa, pero mientras tenga el logo de los CDC impreso, las personas lo creerán ciegamente".

¿Entonces qué tipo de supuesta protección proporcionan las "vacunas" antiCovid?

Es importante considerar que, además de brindar una protección insignificante en términos de reducción del riesgo absoluto, no proporcionan inmunidad. Todo lo que, supuestamente, pueden hacer es reducir la gravedad de los síntomas de la infección (lo cual, demostraré más adelante en este informe, que tampoco sucede). Según el Dr. Bhakdi, incluso tampoco eso:

"No mostraron ningún beneficio en los ensayos clínicos. Esto es lo más absurdo. Las personas no entienden que las están engañando y que las han engañado todo este tiempo. Analicemos uno de estos ensayos de Pfizer: 20 000 personas sanas "vacunadas" y otras 20 000 sin 'vacunar'. Y luego, durante un período de unas 12 semanas, monitorearon cuántos casos encontraron en el grupo 'vacunado' y cuántos casos encontraron en el grupo no 'vacunado'. Sus resultados: menos del 1 % del grupo 'vacunado' contrajo Covid-19 y menos del 1 % en el grupo no "vacunado' también contrajo Covid-19.

La diferencia fue del 0.8 al 0.1%, la cual es insignificante si consideramos el hecho de que ni siquiera analizaron los casos graves. Analizaron a las personas con una prueba de PCR positiva, la cual como todos sabemos ya no tiene ningún valor, y con un síntoma, que podría ser tos o fiebre.

Ese no es un caso grave de Covid-19 y cualquier 'vacuna' en busca de autorización debe demostrar que protege contra enfermedades graves y muerte. Queda claro que sus ensayos no lo demostraron. Entonces, olvídese de la autorización. No se puede autorizar, no por ningún medio habitual.

Ahora las 'vacunas' antiCovid solo tienen una autorización de emergencia y no una aprobación total, lo que también es muy absurdo, ya que sabemos que la **tasa de mortalidad de esta enfermedad o virus no es mayor que la de la gripe estacional**. John Ioannidis publicó estos números, que nunca han sido cuestionados por nadie en el mundo y que nadie puede refutar.

Si tiene menos de 70 años y no tiene una enfermedad grave preexistente, es muy poco probable que muera [de infección por SARS-CoV-2]. Por lo tanto, no existe una tasa de mortalidad que se pueda reducir.

Y para las personas de edad avanzada con enfermedades preexistentes, como sabemos por el trabajo del Dr. Peter McCullough y sus colegas, existen estrategias y medicamentos muy buenos para tratar este virus para que las tasas de mortalidad bajen de 70 a 80%, lo que significa que no hay ningún motivo para una "vacuna" de uso de emergencia, de ningún tipo.

Esto significa que la FDA tendría que retirar esta autorización de uso de emergencia, a menos que esté coludida con quien está detrás de todo esto".

Hace unos meses, decidieron quitar el grupo de control de este ensayo. Y la justificación fue que la "vacuna" era demasiado valiosa como para negársela a los participantes del grupo de control. Pero esta es solo otra forma engañosa de eludir la notificación de todos los efectos adversos que ocurren en el grupo de la inyección.

Dicho esto, vale la pena repetir que ***la FDA puede otorgar una autorización de uso de emergencia a un medicamento o "vacuna" pandémica, solo si aún no existe un tratamiento o alternativa efectiva, y, en este caso, dado que ya existen varias de estas alternativas, la FDA está obligada por la ley a revocar la autorización de uso emergencia***.

Un aspecto de vital importancia en todas las vacunas de ARNm, es la inestabilidad del ARN. Es la razón principal de los rigurosos requisitos técnicos en su elaboración y conservación y que ha sido abordado encapsulando el ARNm en nanopartículas lipídicas. El que una molécula de ARNm esté intacta, es vital para su potencial como vacuna; hasta tal punto, que incluso una reacción menor de degradación en cualquier lugar a lo largo de la cadena, puede ralentizar o incluso detener el proceso de traducción de esa cadena y, por lo tanto, dar lugar a la expresión incompleta del antígeno diana. Se ha constatado que científicos de la EMA encargados de garantizar la calidad de fabricación (la química, el método de fabricación y el control de todos los aspectos de la presentación que Pfizer ha remitido a la EMA), están muy preocupados sobre las especies de ARNm truncado y modificado presentes en el producto terminado. Existe una diferencia significativa en el % Integridad del ARN / especies truncadas, entre los lotes de los ensayos y los lotes comerciales propuestos (entre un 55 y un 78%). Se desconoce la causa y el impacto de esta pérdida de integridad del ARN en la seguridad y la eficacia de la vacuna; aún no se ha definido.

Constatación de la falta de efectividad a nivel mundial

Empecemos por el Reino Unido e Israel. Lo que ambos tienen en común, es que son pioneros en "vacunación" antiCovid. Por tanto, de los datos que publiquen podemos sacar conclusiones importantes referentes entre otras cosas, a la efectividad de los sueros experimentales, más aún, si analizamos la evolución temporal de los mismos.

Reino Unido

En el caso del Reino Unido, hay que decir que son muy prolíficos en cuanto a informes, cuentan con varias instituciones que muy frecuentemente los publican; lo mejor de todo, es que en dichos informes se diferencia entre inoculados y no inoculados. Todo ello en conjunto, nos permitirá hacer un análisis de la evolución temporal de los datos, que es justo lo que queremos:

Incluso con un porcentaje alto de su población "vacunada", han estado experimentando un aumento de las muertes por Covid; hay que señalar, que no son los no "vacunados" los que mueren según este informe, entre las 300 010 personas estudiadas, ***la tasa de mortalidad para las personas completamente "vacunadas" fue del 0.85%, mientras que para los no "vacunados" fue del 0.16%. Las personas completamente "vacunadas" son más propensas a la hospitalización que sus homólogos no "vacunados"***.

Según este informe, de las 47 008 personas completamente "vacunadas", el ***2.88%*** (1355 personas) terminaron en un hospital y entre las 151 054 personas no "vacunadas", solo el ***1.95%*** (2960 personas) fueron hospitalizadas.

En el informe SPI-M-O, en su página 10 punto 32, dice lo siguiente: "***El*** resurgimiento ***tanto de las hospitalizaciones como de las muertes, está dominado por las personas que han recibió dos dosis de la 'vacuna', que***

comprenden alrededor del 60% y el 70% de la ola respectivamente. Esto se puede atribuir a los altos niveles de captación en los grupos de edad de mayor riesgo, de modo que los ***fallos de inmunización explican una enfermedad más grave que en los individuos no 'vacunados'***".

En otro informe ***de la Salud pública***, elaborado el 25 de junio de 2021, se especifica que ***las personas totalmente "vacunadas" tienen un*** 990% ***más de probabilidad de morir debido a la Covid-19 que las personas no "vacunadas"*** o también, que ***el*** 62% ***de las muertes asociadas a la Covid-19, ahora mismo, están ocurriendo en personas "vacunadas"*** o que el 68% de las muertes por Covid en el rango de los 50, también es de "vacunados". ***El número de muertos tras "vacunarse" es un*** 79% ***mayor que el debido a la propia enfermedad en el Reino Unido***.

Según ***un*** informe ***de la Sanidad pública inglesa, las personas completamente "vacunadas" tienen un 65% más de probabilidades de ser hospitalizadas y un 1540% más de*** probabilidades de morir ***debido a Covid-19 que las personas que no están "vacunadas"***. Desde febrero de 2021 hasta la agosto, ***el*** 64% ***de las muertes por Covid ocurridas en Inglaterra, se producen entre gente "vacunada" contra la enfermedad***.

De un informe sobre variantes preocupantes de la Sanidad del Reino Unido del 20 de agosto de 2021, se deduce que ***la "vacuna" Covid-19 en realidad aumenta el riesgo de muerte en al menos un*** 338% ***en lugar de reducir el riesgo de muerte en un 95%***. En su último informe, la agencia de Salud inglesa indica 224 muertes en 28 773 "vacunados" con doble dosis y 165 muertes en 121 402 no "vacunados", todos infectados con la supuesta variante Delta, lo cual, se traduce en que la letalidad de esta variante es del 0.74% en los "vacunados" y sólo del 0.14% en los no "vacunados". Por tanto, ***la letalidad es mayor en los "vacunados"***, en otras palabras, si un "vacunado" está infectado, es más probable que muera. ***El riesgo de muerte por Covid aumenta un*** 182% ***en personas totalmente "vacunadas"***.

Según el ***informe de la Sanidad pública escocesa (PHS)*** del 28 de julio, ***el mayor porcentaje de personas fallecidas, es de personas "vacunados"*** (1) (2). Si analizamos detalladamente los datos, podemos sacar varias conclusiones:

- ***La "vacuna" no proporciona ningún beneficio para detener la tasa de infección por el virus Covid-19.***
- ***La "vacuna" no evita la hospitalización por enfermedad sintomática grave.***
- ***La "vacuna" no previene la insuficiencia respiratoria aguda grave que resulta de la infección por SARS-CoV-2.***
- ***La población "vacunada" que es hospitalizada y luego muere por Covid-19 representa el 87% de todas las muertes***.

Estos resultados preocupantes también fueron confirmados por la [Cruz Roja](#) diciendo: "***Las personas 'vacunadas' no pueden contribuir con plasma sanguíneo convaleciente para ayudar a otros pacientes con Covid-19 en los hospitales. Ese plasma está compuesto por anticuerpos de personas que se han recuperado del virus, pero la "vacuna" elimina esos anticuerpos; haciendo que el plasma convaleciente sea ineficaz en el tratamiento de otros pacientes con Covid-19***".

Analizando los datos de otro informe publicado el 11 de agosto del 21, también de la Sanidad pública escocesa, se observa que ***los totalmente "vacunados" representan el 73% de las muertes recientes por Covid-19***, además, los datos muestran que **los *completamente "vacunados" tienen más de 5 veces más*** probabilidades ***de morir si se infectan con Covid-19***. Se han producido 5522 muertes dentro de los 28 días de haber recibido la "vacuna" Covid-19 en Escocia, según datos de Salud Pública publicados en el informe del 23 de junio.

Ya en aquel momento, la pregunta más importante era: ¿La "vacuna", realmente, produce una "mejora dependiente de anticuerpos" que hace que la infección sea más mortal?

Desafortunadamente, los datos que estábamos viendo parecían decir que sí. ***Las personas parecían tener una enfermedad más grave cuando se exponían al virus después de la "vacunación"***. Eso explicaría por qué había un porcentaje tan alto de muertes entre la población "vacunada" después de la exposición.

Si las "vacunas" Covid-19 funcionan, como siempre nos han querido vender, entonces, ¿***por qué en ese momento ya las*** muertes ***por Covid-19 eran 44 veces más altas que en la misma época el año pasado, y por qué el 75% de esas muertes eran de personas que fueron "vacunadas"***? (enlace alternativo)

"Nos cuentan que la "vacuna" Covid brinda un alto nivel de protección y que los nuevos casos o "variante Delta" se encuentran entre los no "vacunados". Esta es una mentira descarada que se contradice con informes oficiales de todo el mundo. Sabemos con absoluta certeza que el 75% de los que se denominan "casos nuevos", "casos de avance", "variante Delta" se encuentran entre los que están completamente "vacunados". También tenemos en las bases de datos de reacciones adversas a las "vacunas" que las muertes y enfermedades asociadas con las "vacunas" están aumentando rápidamente. Varios expertos altamente creíbles dicen que la supuesta variante Delta son en realidad las enfermedades causadas por la "vacuna". Otro dato perturbador es que son los "vacunados" quienes son la amenaza para la salud pública, no los no "vacunados". ***Los "vacunados" eliminan los patógenos de la "vacuna" al igual que los pacientes de Covid eliminan los patógenos del virus. Con la mitad de la población estadounidense ahora "vacunada", las personas "vacunadas" están transmitiendo la enfermedad de Covid a la población sana***. La evidencia es clara de que la "vacuna" Covid es un juego en el que todos pierden y

ha hecho que decenas de millones de personas 'vacunadas' sean amenazas para todos, incluidos otros que están 'vacunados'"; Dr. Paul Craig Roberts.

Según el informe técnico sobre variantes preocupantes (actualización número 20), emitido por la Sanidad pública inglesa el 06 de agosto del 21 que cubre datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes debido a la variante Delta del 1 de febrero hasta el 2 de agosto de 2021; el riesgo relativo de muerte debido a Covid-19, si es menor de 50 años, está completamente "vacunado" y luego es hospitalizado con Covid-19, aumenta en un 177.5% (1) (2), por tanto, ***los datos muestran que las inyecciones de Covid-19 están aumentando el riesgo de muerte por Covid-19 en personas menores de 50 años en una cantidad significativa. También revelan que hasta el 2 de agosto de 2021, el 65% de todas las supuestas muertes por Covid-19 desde febrero de 2021, han sido personas "vacunadas" contra la enfermedad. El informe también muestra que el riesgo de hospitalización y muerte es astronómicamente mayor si ha sido completamente "vacunado" y contrae el virus SARS-CoV-2. Las "vacunas" Covid-19 no previenen la infección ni la transmisión***.

Según el informe del PHS publicado el 25 de agosto, el 0.026% de los casos confirmados en la población no "vacunada" han resultado en hospitalización, mientras que el 0.046% de los casos confirmados entre los "vacunados" por completo han resultado en hospitalización. Por lo tanto, esto sugiere que ***las inyecciones de Covid-19 en realidad aumentan el riesgo de hospitalización en un 77%, en lugar de disminuir el riesgo en un 95% como afirman las autoridades y los fabricantes de "vacunas"***; el aumento en el riesgo de muerte es aún peor entre los "vacunado". El 73.6% de las muertes por Covid-19 durante esta ola de verano, es de personas "vacunadas", mientras que los no "vacunados" representan solo el 26.3% de las supuestas muertes por Covid-19. Las inyecciones antiCovid-19 en realidad ***aumentan el riesgo de muerte en un 400%, en lugar de disminuir el riesgo en un 95%, como afirman las autoridades y los fabricantes de "vacunas"***.

El Public Health England (PHE), el Servicio de Salud Pública de Inglaterra, publicó un informe el 03 de septiembre del 21 que revela que ***el 70% de las muertes Covid desde febrero eran personas que habían sido "vacunadas"***. Se afirma que las "vacunas" reducen significativamente las posibilidades de sufrir una enfermedad grave si se infectan con Covid-19, por lo que, aunque la población "vacunada" en realidad supera el número de infecciones registradas entre la población no "vacunada", se supondría que se vería lo contrario en el número de personas que supuestamente han muerto a causa de la variante Delta. Desafortunadamente, los propios datos publicados por Public Health England nos muestran que el número de muertes supuestamente debidas a la variante Delta es mucho mayor entre los que han recibido dos dosis de la "vacuna" Covid-19. El número total de muertes ocurridas en Inglaterra desde febrero de 2021, que involucran a la variante Delta del Covid-19, totalizan 1698. ***De estos, solo el 30% ha estado entre la población no "vacunada"***. La gran mayoría de las segundas dosis de las "vacunas" se administraron entre abril y junio. ***Los completamente "vacunados" representaban el 64.25% de***

las muertes por Covid-19 desde febrero de 2021, y cuando se incluyen los parcialmente "vacunados" en esos números, representan el 70%. Sin embargo, es importante tener en cuenta que muchas de las muertes que ocurrieron en la población parcialmente "vacunada" pueden haber sido en realidad personas que habían recibido dos dosis de una inyección de Covid-19 debido al hecho de que el PHE no considera que hayan recibido dos dosis si no han pasado dos semanas desde que recibieron la segunda dosis.

Todo lo anterior, fue confirmado en un documento publicado por el Grupo Asesor Científico para Emergencias (SAGE), en el que dijeron que ***la investigación ahora debería concentrarse en producir una vacuna que prevenga la transmisión y la infección debido a que las "vacunas" actuales no previenen la infección en la mayoría de los casos. Un porcentaje mucho mayor de personas están siendo hospitalizadas después de infectarse con Covid-19 una vez que están completamente "vacunadas", en comparación con aquellas que no han recibido una sola dosis de la "vacuna" Covid-19. Las "vacunas" Covid-19, supuestamente, están destinadas a reducir el riesgo de hospitalización hasta en un 95%; no obstante, los datos del informe, nos muestran que en realidad aumentan el riesgo de hospitalización en un 48%. Además, esas mal llamadas "vacunas" se supone que reducen en un 95% el riesgo de muerte por la enfermedad, sin embargo, los datos del informe, muestran una realidad muy diferente; cuando se exponen al virus, aumentan el riesgo de muerte en un 431.25%. La evidencia muestra que las "vacunas" Covid-19 o no funcionan o están empeorando a los receptores, posiblemente debido a la mejora dependiente de anticuerpos sobre la que se lleva tiempo advirtiendo al mundo***.

La tasa de mortalidad por hospitalización por Covid-19 entre los menores de 50 años totalmente "vacunados" es un 175% más alta que la tasa entre los menores de 50 años no "vacunados" según los datos de PHE. El 60% de las personas mayores de 50 años que mueren por la supuesta enfermedad, están "vacunados". Se han publicado más pruebas que demuestran que el programa de "vacunación" Covid-19 es un gran fracaso. ***Durante todo el mes de agosto el 80% de las personas que supuestamente murieron de Covid-19 habían sido "vacunadas" contra la enfermedad***.

Si analizamos el Informe estadístico Covid-19 publicado por Public Health Scotland (PHS) el 8 de septiembre de 2021, proporciona una serie de datos sobre pruebas, cuarentena, "vacunas", casos, hospitalizaciones y muertes, pero no se vuelve muy interesante hasta que leemos la Tabla 15, que cubre el número de casos positivos de Covid-19 por semana y el estado de "vacunación":

Interesante porque muestra que ***la mayoría de los casos confirmados se encuentran ahora entre la población "vacunada"***. En la semana del 28 de agosto al 3 de septiembre de 2021, el informe muestra que hubo 20 744 casos confirmados entre la población no "vacunada", que es más probable que se realicen la prueba por la simple razón de que no se han "vacunado". También muestra que hubo 5508 casos confirmados entre la población parcialmente

"vacunada" y 16 810 casos entre la población completamente "vacunada", dos poblaciones que tienen menos probabilidades de hacerse la prueba debido a que están "vacunadas". ***Esto significa que entre el 28 de agosto y el 3 de septiembre hubo 22 318 casos entre la población "vacunada", casi 2000 más que la población no "vacunada"***. ***Lo mismo puede decirse también de la semana del 21 de agosto al 27 de agosto***, en la que se registraron 15 647 casos entre la población no "vacunada" y 22 234 casos entre la población "vacunada", ***y lo mismo también puede decirse de las dos semanas anteriores***.

Ahora que hemos aclarado que ***las inyecciones experimentales de Covid-19 claramente no previenen la infección o la propagación de Covid-19***, averigüemos si previenen las hospitalizaciones como afirman las autoridades:

Según la tabla 16 del informe, entre el 28 de agosto de 2021 y el 3 de septiembre de 2021 hubo 36 ingresos hospitalarios relacionados con Covid-19 entre la población mayor de 60 años no "vacunada", mientras que hubo 7 ingresos en la población parcialmente "vacunada". Hubo una gran cantidad de admisiones, 299 para ser exactos, entre la población de más de 60 años completamente "vacunada" y se puede observar el mismo patrón en las semanas anteriores hasta el 7 de agosto de 2021. En total, durante la semana del 28 de agosto al 3 de septiembre de 2021 hubo 271 hospitalizaciones entre toda la población no "vacunada", pero 423 hospitalizaciones entre la población totalmente "vacunada". Si usamos estas hospitalizaciones ocurridas después de los casos confirmados de las semanas anteriores, podemos calcular la tasa de casos de hospitalización.

En la semana que comenzó el 21 de agosto hubo 15 047 casos confirmados entre la población no "vacunada". Por lo tanto, sobre la base de las cifras de hospitalización sin "vacunar", 271 en la semana que comenzó el 28 de agosto, la tasa de hospitalización de casos es del 1.7%. Sin embargo, cuando realizamos el mismo cálculo para la población totalmente "vacunada" hospitalizaciones (423) y casos (14 519) podemos ver que la tasa de casos-hospitalización es del 2.9%.

Por lo tanto, esto muestra que ***las inyecciones antiCovid-19 están aumentando el riesgo de hospitalización cuando se exponen a Covid-19 en un 70% en lugar de reducir el riesgo en el 95% que afirman los fabricantes de "vacunas" y las autoridades***.

Ahora que hemos aclarado que ***las inyecciones de Covid-19 aumentan el riesgo de hospitalización en lugar de reducirlo***, averigüemos si previenen muertes como afirman las autoridades:

La Tabla 17 del informe de Salud Pública de Escocia muestra el número de muertes que se han producido debido al estado de "vacunación". Sin embargo, PHS ha sido muy inteligente en la forma en que ha presentado el número de muertes. Porque en lugar de presentarlos semana a semana como lo han hecho con el número de casos y hospitalizaciones, han incluido las muertes desde el 29 de diciembre. Esto significa que están incluyendo muertes por el apogeo de la supuesta segunda ola de Covid-19, donde solo el 9% de la población había

recibido una dosis única y solo el 0.1% de toda la población estaba completamente "vacunada". Por lo tanto, pueden dar la impresión de que la mayoría de las muertes por Covid-19 ocurren entre la población no "vacunada".

En la semana que comenzó el 7 de agosto hubo 3788 casos confirmados entre la población totalmente "vacunada". Por lo tanto, según las cifras de muertes no "vacunadas" de 6 en la semana que comienza el 19 de agosto, la tasa de letalidad es del 0.15%. Sin embargo, cuando realizamos el mismo cálculo para la población totalmente "vacunada" hospitalizaciones (34) y casos (3490) podemos ver que la tasa de casos-hospitalización es del 1%. Por lo tanto, esto muestra que ***las inyecciones antiCovid-19 están aumentando el riesgo de muerte cuando se exponen a Covid-19 en un enorme 566% en lugar de reducir el riesgo en el 95% que afirman los fabricantes de "vacunas" y las autoridades***.

Lo que es aún más preocupante de esto es que el número de casos confirmados entre la población completamente "vacunada" aumentaron significativamente en la semana más reciente en comparación con las cuatro semanas anteriores. Por lo tanto, la cantidad de hospitalizaciones y muertes que podrían haber ocurrido en las siguientes semanas posiblemente hubiera sido suficiente para que las autoridades justificasen otro cierre. ***Los datos muestran claramente que los pinchazos no previenen la infección o la transmisión, y muestran claramente que están aumentando el riesgo de hospitalización y muerte en lugar de reducir el riesgo***.

El informe de PHE publicado el 23 de septiembre del 21, revela que ***los "vacunados" representaban el 56% de los casos de Covid-19, el 61% de las hospitalizaciones y el 77% de las muertes, lo que es 11 veces mayor que en esa época del año anterior, cuando no había "vacuna" contra la Covid-19***.

Según datos de la sanidad pública inglesa, en agosto de 2021 el 80% de las muertes producidas por Covid, fue de personas "vacunadas" y en septiembre, fue del 81%-82%. Las últimas cifras publicadas por la nueva Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido sobre hospitalizaciones y muertes por Covid-19 mostraban que las inyecciones antiCovid-19 no estaban funcionando. El 'informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 41' fue publicado por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (antes Public Health England) el jueves 14 de octubre de 2021 y muestra que ***la gran mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre se encontraban entre la población completamente "vacunada"***.

La tabla 3 del informe muestra que el número de personas que acudieron a urgencias con Covid-19, que resultó en un ingreso hospitalario y que no estaban "vacunados", fue de 2250, mientras que otras 224 fueron parcialmente vacunadas y 3034 fueron completamente "vacunadas". Es decir, entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre, el ***60% de los hospitalizados con Covid-19 fueron "vacunados"*** mientras que el 40% no lo fueron.

La tabla 4 del informe muestra que la cantidad de personas que murieron dentro de los 28 días posteriores a un resultado positivo de la prueba de Covid-19 que no fueron "vacunadas" fue de solo 557, mientras que otras 92 fueron "vacunadas" parcialmente y un impactante 2136 fueron completamente "vacunadas".

Es decir, entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre, ***el 80% de los que murieron con Covid-19 fueron "vacunados", mientras que solo el 20% no lo fueron***.

Muchos argumentarán que esto se debe a que la mayoría de la población adulta ahora está completamente "vacunada"; sin embargo, estas mismas personas olvidarán que se supone que las inyecciones de Covid-19 reducen el riesgo de hospitalización y muerte.

Es por eso que es tan preocupante ver que ***las muertes por Covid-19*** entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre de 2021 ***fueron aproximadamente 30 veces más altas que en el mismo período en 2020 cuando no había "vacunas" supuestamente efectivas al 95%***.

El Informe estadístico de Covid-19 del PHS, concretamente, la actualización publicada el 20 de octubre del 21, confirmaba que las cosas estaban empeorando para la población completamente "vacunada" cada semana, mientras que las cosas mejoraban para los no "vacunados". Los datos oficiales del PHS muestran que los completamente "vacunados" representaron el 83% de las muertes por Covid-19 en las últimas cuatro semanas, mientras que también representaron ***el 72% de las hospitalizaciones por Covid-19 y el 56% de los supuestos casos de Covid-19 desde el 18 de septiembre hasta al 15 de octubre***.

Los datos oficiales de Salud Pública muestran que ***las personas completamente "vacunadas" representaron el 85% de las muertes por Covid-19 en las últimas cuatro semanas, mientras que también representaron el 75% de las hospitalizaciones por Covid-19 y el 61% de los supuestos casos de Covid-19 desde el 25 de septiembre hasta el al 22 de octubre***.

El 'Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 44' fue publicado por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (antes Public Health England) el jueves 4 de noviembre de 2021 y muestra que la gran mayoría de los casos de Covid-19 entre el 4 y el 31 de octubre se encontraban entre la población completamente "vacunada". ***Los totalmente "vacunados" representaron el 83% de las muertes por Covid-19, el 68% de las hospitalizaciones y el 55% de los casos en Inglaterra entre esas fechas***.

Los propios datos del gobierno del Reino Unido ***no respaldan las afirmaciones realizadas sobre la seguridad y eficacia de la "vacuna" Covid-19***. La siguiente es una comparación de las tasas de mortalidad por todas las causas ajustadas por edad en Inglaterra entre los "vacunados" y no "vacunados". Por el profesor Norman Fenton y el profesor Martin Neil:

La medida más confiable a largo plazo de la efectividad/seguridad de la "vacuna" Covid-19 es la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad. ***Si, durante un período razonablemente prolongado, mueren menos personas vacunadas, por cualquier causa, incluida la Covid-19, que personas no "vacunadas", entonces podríamos concluir que los beneficios de la "vacuna" superan los riesgos***.

Para evitar el efecto de confusión de la edad, es fundamental que los datos para cada categoría de edad estén disponibles, en lugar de los datos agregados porque, claramente, los datos agregados podrían exagerar las tasas de mortalidad por "vacuna" si se incluyen más personas mayores, con una mortalidad esperada más corta.

El despliegue de la "vacuna" en el Reino Unido se ejecutó en orden descendente de edad, de mayor a menor, excepto al principio del programa de "vacunación", cuando los jóvenes vulnerables fueron "vacunados" junto con los muy ancianos. ***A medida que avanzaba el programa, los "vacunados" eran, en promedio, mayores que los que permanecían sin "vacunar" y, a medida que avanzaba el despliegue, una proporción progresivamente mayor de la población residual no "vacunada" era más joven***.

Un informe de la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) sobre las tasas de mortalidad por estado de "vacunación" de Covid proporciona datos sobre todas las muertes, relacionadas con Covid-19 y no relacionadas con Covid-19 para el período de enero a julio de 2021 para los no "vacunados" y las diferentes categorías de "vacunados" ('dentro de 21 días de la primera dosis', '21 días o más después de la primera dosis', 'segunda dosis').

Los datos de la ONS para la mortalidad por Covid-19 se proporcionan en la Tabla 4 de la hoja de cálculo de la ONS y los datos de la ONS para la mortalidad por todas las causas, excluida la Covid-19, se dan en la Tabla 5 de la misma hoja de cálculo.

Creen que existen graves debilidades y posibles errores en los datos de ONS. Pero lo que es más importante, si bien no proporciona los datos sin procesar por categorías de edad, sí proporciona tasas de mortalidad "estandarizadas por edad" (ver el vídeo explicativo).

La ONS ha calculado la tasa de mortalidad general de una manera que (creen) se ajusta al efecto de confusión de la edad, y esto está "integrado" en las tasas de mortalidad que han publicado.

Sin embargo, aunque informan esta tasa de mortalidad ajustada por edad para cada una de las tres categorías separadas de personas "vacunadas", no la informan para el conjunto combinado de personas "vacunadas".

En su análisis, y en ausencia de los datos estratificados por edad reales, calculamos una tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad

ponderada por la población utilizando los tamaños de población publicados por la ONS para cada una de las tres categorías de "vacunados".

Esto no es ideal porque las tasas ajustadas por edad de la ONS son muy opacas y no son 'números absolutos'. Sin embargo, en ausencia de datos detallados, esto debería proporcionar una estimación razonable de cuál sería la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad de la ONS para todos los no vacunados si se hubieran molestado en informar.

A esto lo llamaremos "tasa ponderada de mortalidad de los vacunados". La tabla de datos derivada de los datos de ONS y utilizada para calcular esta tasa se proporciona un poco más adelante.

Resulta que, ***incluso utilizando esta tasa de mortalidad ajustada por edad, la tasa de mortalidad era más alta entre los "vacunados" que entre los no "vacunados"***.

Posibles limitaciones y errores en los datos de ONS:

- No proporciona los datos sin procesar categorizados por edad.
- La puntuación estandarizada por edad utilizada por la ONS se basa en los datos del censo de 2011 para determinar las proporciones de población en cada categoría de edad. Estas proporciones han cambiado desde 2011 y estas diferencias pueden cambiar significativamente los resultados.
- Existen inconsistencias en las cifras de "vacunación" entre los datos de la ONS y los datos del Servicio Nacional de Gestión de Inmunizaciones (NIMS). Por ejemplo, en la semana 26, el NIMS tiene 28.1 millones de personas mayores de 18 años, pero la ONS solo tiene 23.3 millones.
- La población total de la ONS es 16.6 millones menos que la población total. Solo 12.6 millones son menores de 18 años, por lo que los 4 millones restantes se omiten por alguna otra razón.
- Las tasas de los no "vacunados" el 8 de enero eran más bajas que las del doble "vacunado" en verano. Además, el 8 de enero solo se había "vacunado" el 12% de los mayores de 65 años, por lo que la población no "vacunada" debería haber tenido una tasa de mortalidad muy similar a los niveles de referencia.
- Las tasas de mortalidad semanales ajustadas por edad que aumentaron enormemente (para las muertes no relacionadas con Covid) para los 38 millones de población no "vacunada" en enero son totalmente inconsistentes con los cambios semanales en años anteriores. Aunque esta población excluye a los menores de 18 años y a los 1.2 millones (principalmente mayores de 65) que para entonces habían recibido su primera dosis, no esperaríamos que la tasa de mortalidad de esta población fuera drásticamente diferente a la tasa de mortalidad de Inglaterra vista en los últimos años como informó en un informe ONS diferente.

- En última instancia, debemos excluir las muertes no naturales, como asesinatos, accidentes y suicidios, ya que pueden introducir sesgos entre las cohortes, especialmente en las categorías de jóvenes, donde las cifras generales de muertes son pequeñas.

Debido a las limitaciones y posibles errores en los datos de ONS, hay muchas advertencias que deben aplicarse al análisis crudo. Pero podemos concluir que ***los propios datos de la ONS no respaldan las afirmaciones hechas sobre la efectividad/seguridad de la "vacuna***".

También es importante señalar que la población de personas "vacunadas" se estaba volviendo lo suficientemente grande y representativa como para que la criticidad del ajuste por edad disminuyera mucho.

Aquí están los datos de la Tabla 4, los datos sin procesar, para las muertes por Covid-19, según lo proporcionado por la ONS. A continuación, se muestran los datos sin procesar de la Tabla 5, para muertes por todas las causas, excepto por Covid-19, según lo proporcionado por la ONS. Finalmente, aquí están los datos que usaron para calcular las tasas de mortalidad ajustadas por edad combinadas por todas las causas y la tasa de mortalidad ponderada de los "vacunados" (ver el análisis completo aquí).

30 305 personas murieron dentro de los 21 días posteriores a la aplicación de la "vacuna" Covid-19 en Inglaterra durante los primeros 6 meses de 2021 según los datos de ONS.

Debemos combinar lo anterior con el hecho de que ya hemos pasado el verano, que es cuando las enfermedades respiratorias se mantienen a raya, así ha sido a lo largo de la historia de la humanidad (incluso la Covid-19 en 2020 no fue una anomalía a pesar de que no había una inyección antiCovid-19 disponible); ***es imposible concluir cualquier otra cosa que no sea que las inyecciones antiCovid-19 claramente no funcionan*** (es muy posible que hagan que empeore el receptor si está expuesto a Covid-19). ¿Estaban viendo los primeros signos de enfermedad potenciada por "vacunas"? Ciertamente lo parecía.

Si echamos un vistazo al informe estadístico Covid-19 del PHS (Public Health Scotland) publicado el 29 de septiembre del 21. La Tabla 18 del informe muestra que la gran mayoría de las muertes por Covid-19 entre el 21 de agosto y el 17 de septiembre de 2021 estuvieron entre la población completamente vacunada con 233 muertes registradas, lo que representa el 77% de todas las muertes por Covid-19. Si sumanos las 10 muertes que ocurrieron entre los parcialmente "vacunados", eso significa que ***la población "vacunada" representó el 81% de las muertes por Covid-19 en Escocia entre el 21 de agosto y el 17 de septiembre***.

De igual manera, si analizamos la tabla 4 del informe publicado por UKHSA observamos que hubo 687 muertes entre los no "vacunados", 110 muertes entre los parcialmente "vacunados", pero unas alarmantes 2338 muertes entre los completamente "vacunados" entre el 30 de agosto y el 26 de septiembre de

2021. ***Esto significa que los no "vacunados" representaron solo el 22% de las muertes por Covid-19 durante septiembre de 2021, mientras que los "vacunados" representaron un desastroso 78%.***

La edición de 2020 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales', que se puede descargar aquí y acceder al sitio web de ONS aquí, muestra que entre la semana que finalizaba el 8 de mayo de 2020 y la semana que finalizaba el 18 de septiembre de 2020, un total de 219 muertes ocurrió entre 15 y 19 años de edad. De estas 142 muertes se produjeron entre chicos adolescentes, mientras que 77 muertes se produjeron entre chicas adolescentes.

Mientras que las ediciones de 2021 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales, que se pueden descargar aquí, y al que se puede acceder en el sitio web de ONS aquí, muestran que entre la semana que terminaba el 7 de mayo de 2021 y la semana que terminaba el 17 de septiembre de 2021, un total de 320 muertes ocurrió entre 15 y 19 años de edad. De estas 231 muertes se produjeron entre varones adolescentes, mientras que 89 muertes se produjeron entre chicas adolescentes.

Esto nos muestra que el número de muertes entre el 7 de mayo de 2021 y el 17 de septiembre de 2021 entre adolescentes de 15 y más años fue un 46% mayor que el número de muertes en este grupo de edad durante el mismo período de 2020, y el aumento de las muertes comenzó precisamente al mismo tiempo que los adolescentes comenzaron a recibir la "vacuna" Covid-19.

El 81% de las muertes por Covid-19 se encuentraban entre los "vacunados", las muertes por Covid-19 eran más de doce veces más altas que en esta época el año anterior, y las muertes entre los adolescentes varones habían aumentado en un 63% desde que comenzaron a recibir la "vacuna" Covid-19, sin embargo, el Reino Unido siguió tan normal como si nada de esto hubiera estado sucediendo realmente.

El regulador de medicamentos del Reino Unido confirmó que el número de muertes debidas a las "vacunas" Covid-19 en 10 meses es un 330% más alto que el número de muertes debidas a todas las demás vacunas combinadas en los últimos 20 años. Había respondido a una solicitud de Libertad de Información que exigía saber cuántas muertes habían ocurrido en los últimos 20 años debido a todas las vacunas, y su respuesta reveló que ***había habido más de cuatro veces más muertes en solo diez meses debido a las inyecciones de Covid-19***.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA), el organismo que reemplazó a la desaparecida Public Health England, publica actualizaciones semanales "sobre la efectividad y el impacto en el mundo real de las 'vacunas' Covid-19", recopilando las cifras brutas de las infecciones Covid registradas en los de 18 años o más y categoriza las infecciones según el estado de "vacunación".

Las cifras publicadas para la semana que finalizó el 21 de octubre del 21 incluían un gráfico que mostraba que ***para todas las personas mayores de 30 años y que recibieron doble pinchazo, la tasa de infección fue mucho mayor que para las personas del mismo rango de edad que no habían recibido ninguna "vacuna"***.

Se puede ver que ***entre las personas de 40 a 79 años, la tasa de infección es más del doble en los "completamente vacunados" en comparación con sus contrapartes no "vacunados", y la eficacia de la "vacuna" se reduce a un mínimo histórico de -131% en la cohorte 40-49 y sugiere que los pinchazos pueden paralizar la respuesta inmune natural***.

La UKHSA define la eficacia de la "vacuna" como "estimada comparando las tasas de enfermedad en personas 'vacunadas' con las tasas en personas no 'vacunadas'".

Tras una protesta de los principales medios de comunicación en Gran Bretaña, en la que periodistas y científicos criticaron a la UKHSA por "proporcionar material para los teóricos de la conspiración en todo el mundo" y la Oficina de Regulación de Estadísticas (el organismo de control de las estadísticas del Reino Unido) calificó los informes como "potencialmente engañosos, "La UKHSA retrocedió y desde entonces ha modificado su informe para prescindir de los gráficos que detallan una disminución en la eficacia de la "vacuna".

La agencia ahora informa las cifras de infección en forma tabulada sin registrar la tasa de efectividad de los pinchazos, lo que deja que los lectores calculen ellos mismos la tasa de efectividad de la "vacuna".

Veamos una imagen (los datos de la gráfica se construyeron con la información del reporte más reciente de Public Health England & Scotland (PHS) a 27 de octubre de 2021) que muestra una gráfica de la mortalidad excedente que se ha presentado en Escocia a lo largo de las semanas de verano de cada año, desde 1979 hasta el 2021. Como verán, conforme termina el verano, cambia la mortalidad excedente cada año, normalmente entre -0.01% y +0.01% (lo calculo con base en lo que se en el eje "Y": muertes por 100 000 habitantes. Se ve el incremento en la mortalidad excedente con el avance del verano para el 2020 (año de Covid-19 sin "vacunas contra SARS-CoV-2) y para el 2019 (año sin Covid-19). Sin embargo, vean lo que pasa con la curva roja (datos del año 2021). ***La mortalidad excedente es completamente atípica, incrementando a 50 muertes por 100 000 habitantes (+0.05%), lo que es un incremento de más de 5 veces la media histórica***.

No puede ser explicado dicho incremento en la mortalidad excedente como resultado de Covid-19 (recordemos que en 2020 no había "vacunas", pero sí estaba en pleno auge la pandemia), a menos de que aceptáramos, que 1) las "vacunas" contra SARS-CoV-2 no sirven para nada, y 2) SARS-CoV-2 es más letal que antes (lo que no se ha demostrado, y de hecho, en Escocia, la mortalidad promedio de personas positivas a Covid para finales de octubre en el año 2021 era menor que la misma semana del 2020,

de acuerdo a la universidad de Johns Hopkins). Entonces, ***tenemos tres explicaciones posibles: 1) la muerte excedente se debe a otras causas poblacionales (por ejemplo, otro virus circulante) aún no identificadas y nada relacionadas a Covid-19 ni a a las "vacunas", 2) la muerte excedente se debe a efectos adversos de las "vacunas" que impactan, debido a la inflamación exacerbada que generan sus componentes, y a los efectos directos de Spike, a diversos órganos y sistemas, y 3) la muerte excedente se debe a un incremento en las posibilidades de infección y muerte por Covid-19 debido a las "vacunas" (efecto ADE)***. No tenemos nada de evidencia que sugiera que haya otro padecimiento a nivel poblacional, pero sí tenemos los datos de las páginas de registro de efectos adversos que muestran un incremento, sin precedente, de estos efectos temporalmente relacionados con la "vacunación" contra SARS-CoV-2, y también tenemos evidencia de que hay un incremento en los casos de personas diagnosticadas con Covid-19 en Escocia: 2500 casos semanales promedio en octubre de 2021 vs. 1400 casos semanales promedio en octubre de 2020. En otras palabras, ***tenemos datos que sugieren que las posibilidades 2 y 3 son las reales***: efectos adversos por las "vacunas" contra SARS-CoV-2 y un incremento en casos y muertes por mayor susceptibilidad al virus en "vacunados", por ADE. ***No son mutuamente excluyentes estas posibilidades***. Por cierto, Escocia había "vacunado" con dos dosis a más del 85% de su población, muy por encima del porcentaje que se manejaba que se requería para tener inmunidad de rebaño. Ahora se precisa apertura para reconocer que son posibilidades nada descabelladas, que cuentan con evidencia mecanística bien conocida y que si no permitimos su discusión y estudio, seguirán acumulándose estas "misteriosas" muertes excedentes.

Los datos oficiales de Salud Pública, muestran que ***los completamente "vacunados" representaron el 89% de las muertes por Covid-19 en las últimas cuatro semanas, mientras que también representaron el 77% de las hospitalizaciones por Covid-19 y el 65% de los supuestos casos de Covid-19 desde el 9 de octubre hasta el al 5 de noviembre***. El Informe estadístico de Covid-19 es un informe semanal sobre los datos de Covid-19 publicado por Public Health Scotland, y la actualización publicada el 10 de noviembre del 21 confirma que las cosas están empeorando para la población completamente "vacunada" por mes, mientras que las cosas mejoran para los no "vacunados".

La Tabla 18 del informe confirma que la mayoría de los casos de Covid-19 estaban entre la población completamente "vacunada" en la semana que comenzó el 30 de octubre de 2021, lo que representa 10 693 casos. Mientras que la población no "vacunada" registró 6854 casos.

La población "vacunada" representó el 65% de los casos de Covid-19 entre el 9 de octubre y el 5 de noviembre, mientras que la población no "vacunada" representó el 36%.

Sin embargo, la diferencia entre los "vacunados" y los no "vacunados" empeora mucho cuando se trata de hospitalizaciones, y los completamente "vacunados",

en ese momento representaban la mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 desde al menos julio de 2021.

La Tabla 19 del informe confirma que la mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 estuvieron entre la población completamente "vacunada" en la semana que comenzó el 29 de octubre de 2021, lo que representa 356 hospitalizaciones. Mientras que la población no vacunada representó 142 hospitalizaciones.

La población "vacunada" representó el 77% de las hospitalizaciones por Covid-19 entre el 9 de octubre y el 5 de noviembre de 2021, mientras que la población no "vacunada" representó solo el 23%.

Una vez más, la diferencia entre los "vacunados" y los no "vacunados: empeora mucho cuando se trata de muertes presuntamente relacionadas con Covid-19.

La Tabla 20 del informe confirma que la mayoría de las muertes por Covid-19 se produjeron entre la población completamente "vacunada" en la semana que comenzó el 23 de octubre de 2021, lo que representa 108 muertes. Mientras que la población no "vacunada" representó solo 14 muertes por Covid-19, casi 8 veces menos.

La población "vacunada" representó el 89% de las muertes por Covid-19 entre el 2 de octubre y el 29 de octubre de 2021, mientras que la población no "vacunada" representó solo el 11%.

Los datos oficiales de salud pública a finales de noviembre del 21 muestran un aumento del 40% en el exceso de muertes de menores de 65 años sugieren que las "vacunas" Covid-19 son las culpables, ya que los trastornos cardíacos entre las personas de 15 a 44 años se han disparado hasta un 118% más que el promedio de cinco años.

Las cifras disponibles de Public Health Scotland muestran que el exceso de muertes en Escocia fue en aumento desde mediados de mayo de 2021, a pesar de una gran disminución en las muertes por Covid-19, y los menores de 65 años experimentaron un aumento de hasta un 40% en el número de muertes frente al promedio de cinco años. Pero más estadísticas explican de alguna manera el aumento de las muertes entre los adultos más jóvenes, porque ***los datos sobre problemas de salud relacionados con el sistema cardiovascular muestran que algunas semanas desde mayo de 2021, se vió un aumento de hasta un 118% en el número de casos cardiovasculares entre los 15 y los 44 años, y hasta un 72% de aumento en el número de casos cardiovasculares entre las personas de 45 a 64 años***.

La Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS), una agencia de informes del gobierno con sede en el Reino Unido, publicó más datos que muestran que ***los adultos ingleses "totalmente vacunados" menores de 60 años estában muriendo en aquel momento al doble de la tasa de sus homólogos no "vacunados"***.

En su Substack, Alex Berenson publicó un gráfico que muestra la diferencia entre los dos grupos. ***Si bien las muertes no "vacunadas" en realidad estában disminuyendo con el tiempo, las muertes por "vacunación" completa estaban aumentando***:

El conjunto de datos original de la ONS muestra claramente esto para cualquiera que esté dispuesto a verlo con honestidad, porque todos sabemos que los principales medios de comunicación nunca informarán al respecto.

"Yo mismo he comprobado el conjunto de datos subyacente y este gráfico es correcto", escribe Berenson. "***Las personas 'vacunadas' menores de 60 años tienen el doble de probabilidades de morir que las personas no 'vacunadas'***. Y las muertes en general en Gran Bretaña están muy por encima de lo normal".

"No sé cómo explicar esto más que por la mortalidad causada por las 'vacunas'", agrega.

Las autoridades de salud pública fueron sorprendidas manipulando las cifras de la tasa de mortalidad por estado de "vacunación". Las cifras de la tasa de mortalidad escocesa reajustadas por edad de Public Health Scotland se combinan con las cifras de la tasa de infección en inglés estratificadas por edad de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido en una Gran Unión para mostrar que ***los mayores de 30 años completamente "vacunados" tienen un 286% más de probabilidades de morir de Covid-19 que los no "vacunados".***

Cifras publicadas por la nueva Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido sobre casos, hospitalizaciones y muertes de Covid-19 muestran que la población "vacunada" ***representó 4 de cada 5 muertes por Covid-19 durante las últimas cuatro semanas*** a pesar de que las consideradas como las los más vulnerables a Covid-19 habían recibido su inyección de "refuerzo". El 'Informe de vigilancia de la 'vacuna' Covid-19 - Semana 48' fue publicado por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (antes Public Health England) el jueves 2 de diciembre de 2021, y muestra que ***la gran mayoría de los casos de Covid-19 entre el 1 de noviembre y 28 de noviembre, estaban entre la población completamente "vacunada"***.

Las autoridades estában volviendo a apretar lentamente la soga alrededor del cuello del público británico en respuesta a una supuesta nueva variante de Covid-19 denominada Ómicron que se temía que podía evadir las "vacunas" Covid-19 disponibles actualmente. El problema con esto es que ***los datos oficiales muestran que la supuesta variante Delta habían estado evadiendo las "vacunas" Covid-19 durante al menos los 3 últimos meses, porque desde agosto de 2021 los completamente "vacunados" habían representado*** 9 de cada 10 muertes por Covid-19.

Como he mencionado anteriormente, Public Health Scotland (PHS) publica un informe semanal sobre las estadísticas de Covid-19 que incluye datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes por estado de "vacunación".

El informe incluye datos durante un período de cuatro semanas y las últimas estadísticas fueron publicadas por PHS el 1 de diciembre de 2021, incluidos datos sobre casos y hospitalizaciones desde el 30 de octubre hasta el 26 de noviembre de 2021, y datos sobre muertes desde el 23 de octubre hasta el 19 de noviembre de 2021.

Al analizar los datos contenidos en el informe junto con los datos de informes anteriores que se remontan al 14 de agosto de 2021, podemos ver que ***Escocia, ya en aquel momento, había estado experimentando una*** 'pandemia de "vacunados" completos' ***desde al menos agosto del 21***.

Probar la introducción de nuevas restricciones no tiene nada que ver con la preocupación de que la supuesta variante de Ómicron pueda afectar la efectividad de las "vacunas" Covid-19 y, en cambio, tiene todo que ver con el control, porque ***los pinchazos han demostrado ser ineficaces durante meses***.

Según un estudio en preimpresión desarrollado por científicos de la Queen Mary University of London, ***las estadísticas sobre los datos de mortalidad en Inglaterra sugieren una categorización sistemática totalmente errónea del estado de las "vacunas" y una eficacia muy incierta de la "vacunación" contra la Covid-19***. En este vídeo el Dr. Norman Fenton, explica las conclusiones.

"A primera vista, los datos de la ONS sugieren que, en cada uno de los grupos de mayor edad, la mortalidad por todas las causas es menor en los 'vacunados' que en los no 'vacunados'. A pesar de esta evidencia aparente que respalda la efectividad de la 'vacuna', al menos para los grupos de mayor edad, ***en una inspección más cercana de estos datos, esta conclusión se pone en duda debido a una variedad de inconsistencias y anomalías fundamentales en los datos***".

"Cualesquiera que sean las explicaciones de ***los datos observados, está claro que son poco fiables y engañosos***. Si bien se han propuesto como posibles explicaciones las diferencias sociodemográficas y de comportamiento entre 'vacunados' y no 'vacunados', no hay pruebas que respalden ninguna de ellas".

"Teniendo en cuenta estas consideraciones, aplicamos ajustes a los datos de la ONS y demostramos que llevan a la conclusión de que ***las 'vacunas' no reducen la mortalidad por todas las causas, sino que producen auténticos picos de mortalidad por todas las causas poco después de la 'vacunación***'".

-Según los siguientes informes:

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 – Semana 37 (Cubre la semana 33-36)

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 – Semana 41 (Cubre la semana 37-40)

[Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 – Semana 45 (Cubre la semana 41-44)]

[Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 – Semana 49 (Cubre la semana 45-48)]

Entre el 16 de agosto y el 05 de diciembre del 21, la población no "vacunada" representó 11767 hospitalizaciones por Covid-19. Pero la población "vacunada" representó casi el doble de la cantidad, registrando 19 730 hospitalizaciones, con 18 406 de ellas entre la población "vacunada" de dosis 2/3. Esto significa ***que la población "vacunada" representó el 63% de las hospitalizaciones por Covid-19 desde agosto de 2021***.

Sin embargo, empeora aún más para la población "vacunada" cuando se trata de muertes. Entre el 16 de agosto del 21 y el 05 de diciembre de 21 hubo 3070 muertes por Covid-19 entre la población no "vacunada" en Inglaterra, en comparación con 12 058 muertes entre la población "vacunada" durante el mismo período de tiempo. ***Esa es una diferencia del 293%***.

Datos de Public Health Scotland demuestran que ***los triple "vacunados" todavía en aquel momento, estaban contrayendo Covid-19, siendo hospitalizados con Covid-19 y muriendo debido a Covid-19***, a pesar de las afirmaciones de que la dosis de refuerzo le da al receptor una protección "definitiva". En el informe que publicó el miércoles 22 de diciembre del 21:

La Tabla 13, muestra el número de casos por estado de vacunación entre el 20 de noviembre y el 17 de diciembre y demuestra que la mayoría de los casos de Covid-19 se encuentran entre la población vacunada, con miles de casos confirmados entre aquellos que han tenido su "refuerzo".

El informe confirma que entre el 20 de noviembre y el 17 de diciembre hubo 31 946 casos entre la población no "vacunada", 7 779 casos entre la población parcialmente vacunada, 51 102 casos entre la población doblemente "vacunada" y 6 945 casos entre la población "vacunada" triple.

Esto significa que ***la población no "vacunada" representó solo el 33% de los casos entre el 20 de noviembre y el 17 de diciembre, mientras que la población "vacunada" representó el 66%***.

La Tabla 14 del informe muestra el número de hospitalizaciones por estado de "vacunación" entre el 20 de noviembre y el 17 de diciembre y demuestra que la mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 se encuentran entre la población "vacunada", con cientos de hospitalizaciones confirmadas entre aquellos que han tenido su "booster".

El informe confirma que entre el 20 de noviembre y el 17 de diciembre hubo 381 hospitalizaciones entre la población no "vacunada", 70 hospitalizaciones entre la población parcialmente "vacunada", 740 hospitalizaciones entre la población

doblemente “vacunada” y 213 hospitalizaciones entre la población “vacunada” triple / refuerzo.

Esto significa que ***la población no “vacunada” representó solo el 27% de las hospitalizaciones entre el 20 de noviembre y el 17 de diciembre, mientras que la población “vacunada” representó el 73%***.

La Tabla 15 del informe muestra el número de muertes por estado de “vacunación” entre el 13 de noviembre y el 10 de diciembre y demuestra que la mayoría de las muertes por Covid-19 se producen entre la población “vacunada”, con decenas de muertes confirmadas entre aquellos que han tenido su "refuerzo".

El informe confirma que entre el 13 de noviembre y el 10 de diciembre hubo 63 muertes entre la población no “vacunada”, 13 muertes entre la población parcialmente “vacunada”, 251 muertes entre la población doblemente “vacunada” y 35 muertes entre la población “vacunada” triple / refuerzo.

Esto significa que ***la población no “vacunada” representó solo el 17% de las muertes entre el 13 de noviembre y el 10 de diciembre, mientras que la población “vacunada” representó el 83%***.

Con 7 de cada 10 casos, 7 de cada 10 hospitalizaciones y 8 de cada 10 muertes entre la población “vacunada”, junto con la evidencia de que el pinchazo de refuerzo falla en la prevención de infecciones, hospitalizaciones y muertes, parece que el esfuerzo por convertir el Servicio Nacional de Salud en el Servicio Nacional de Refuerzo es una completa pérdida de tiempo y matará a muchas más personas de las que ahorra.

Datos disponibles de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido confirman que la población triplemente “vacunada” representó la ***mayoría de todas las hospitalizaciones por Covid-19 entre el 20 de diciembre del 21 y el 16 de enero del 22, y la población doblemente “vacunada” no se quedó atrás***.

Como ya he comentado anteriormente, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) publica un Informe de Vigilancia de Vacunas Covid-19 semanal que contiene datos sobre casos de Covid-19, hospitalizaciones y muertes por estado de “vacunación”, y el informe que se publicó el jueves 20 de enero del 22, fue la primera vez que UKHSA ha incluido datos de la población triple “vacunada” sin mezclarlos con la doble “vacunada”.

La página 35 del informe contiene las estadísticas sobre las hospitalizaciones por Covid-19 entre la semana 51 de 2021 y la semana 2 de 2022, y confirman que ***el NHS se ha visto muy abrumado por la población “vacunada”***.

Según la tabla 10, entre el 20 de diciembre de 21 y el 16 de enero de 22, hubo un total de 14 776 personas ingresadas en el hospital con Covid-19, y 10 051 de ellas habían recibido al menos una dosis de una “vacuna” antiCovid-19.

Cuando eliminamos de la ecuación a los menores de 18 años, quienes, como sabemos, ingresan principalmente en el hospital por otras causas y, posteriormente, solo dan positivo por Covid-19 debido a las pruebas obligatorias; hubo 13 343 personas mayores de 18 años hospitalizadas con Covid-19 entre el 20 de diciembre de 21 y el 16 de enero de 22, y la población "vacunada" representó 9925 de esas hospitalizaciones.

En general, ***la población no "vacunada" representó el 32% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 entre la semana 51 y la semana 2 de 2022, mientras que la población "vacunada" representó el 68 %. Pero al quitar de la ecuación a los menores de 18 años nos encontramos con que la población no "vacunada" supuso el 26% de todas las hospitalizaciones, y los "vacunados" un preocupante 74%***.

Pero no fueron los "vacunados" con una dosis, ni siquiera los "vacunados" con dos dosis, quienes representaron la mayoría de las hospitalizaciones. ***Fueron los "vacunados" con 3 dosis e incluso las cifras de "vacunados" de una y dos dosis combinadas aún equivalen a menos que el total de hospitalizaciones entre los "vacunados" triples***.

Según el informe de UKHSA, la población no "vacunada" representó 4725 hospitalizaciones por Covid-19, la población "vacunada" con una dosis representó 781, la población "vacunada" con dos dosis representó 4127, mientras que la población "vacunada" con tres dosis representó una preocupante 5143 hospitalizaciones por Covid-19.

Mientras tanto, si volvemos a quitar de la ecuación a los menores de 18 años nos encontramos con que las cifras de "vacunados" son aún peores. La población no "vacunada" contabilizó 3418 hospitalizaciones, la población "vacunada" con una dosis contabilizó 670 hospitalizaciones, la población "vacunada" con dos dosis contabilizó 4116 hospitalizaciones, mientras que la población "vacunada" con tres dosis contabilizó 5139 hospitalizaciones por Covid-19.

En total la población no "vacunada" supuso el 32% de todas las hospitalizaciones por Covid-19, y el 26% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 en mayores de 18 años. ***La población "vacunada" con monodosis representó el 5% de todas las hospitalizaciones por Covid-19, y el 5% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 en mayores de 18 años***. ***Pero la población "vacunada" con dos dosis representó el 28% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 y el 31% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 en mayores de 18 años. Mientras que la población triple "vacunada" representó el 35% de todas las hospitalizaciones por Covid-19, y el 39% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 en mayores de 18 años***.

Este dato sugiere que ***las inyecciones antiCovid-19 son claramente incapaces de prevenir la hospitalización por Covid-19, y también prueba que la presión de Covid-19 ejercida sobre el NHS el invierno se ha debido***

a la población "vacunada", y principalmente a la "vacunada" con tres dosis.

Datos oficiales de Public Health Scotland confirman que ***la población "vacunada" representó 4 de cada 5 casos, hospitalizaciones y muertes de Covid-19 en los últimos dos meses***.

Un análisis de esos dos meses sugiere que la campaña de refuerzo de Covid-19 ha sido un completo fracaso porque el porcentaje de casos, hospitalizaciones y muertes de Covid-19 ha disminuido en la población no "vacunada" mientras que ha aumentado drásticamente en la población inoculada tres veces.

La gráfica se ha recopilado a partir de los datos que se encuentran en la tabla 11 del informe estadístico de PHS Covid-19 publicado el 12 de enero de 22, y la tabla 12 del informe estadístico de PHS Covid-19 publicado el 9 de febrero de 22, y muestra el número de casos de Covid-19. casos por estado de "vacunación" entre el 11 de diciembre de 21 y el 7 de enero de 22, y entre el 8 de enero y el 4 de febrero de 22.

Los casos generales han disminuido significativamente en el último mes en todos los datos demográficos en comparación con la cantidad de casos registrados entre el 11 de diciembre y el 7 de enero del 22, pero en ambos meses ***los "vacunados" representaron la gran mayoría de los casos***.

La principal diferencia entre los dos meses es que ***la doble "vacunación" representó la mayoría de los casos entre el 11 de diciembre y el 8 de enero de 22; registrando 145 890 casos, pero el triple "vacunado" representó la mayoría de los casos entre el 8 de enero y el 4 de febrero de 22; registrando 46 951 casos***.

Sin embargo, a pesar de que los casos disminuyeron en todos los datos demográficos durante los últimos dos meses, los datos siguen siendo bastante preocupantes con respecto a la efectividad de las inyecciones de Covid-19, porque como se ilustra en la gráfica; ***el porcentaje de casos de Covid-19 en los no "vacunados" ha disminuido, mientras que el porcentaje de casos entre los "vacunados" ha aumentado significativamente, pero principalmente en los inoculados con tres dosis.***

Entre el 11 de diciembre y el 7 de enero del 22, la población no "vacunada" representó el 15 % de los casos, pero avanzando un mes, encontramos que entre el 8 de enero y el 4 de febrero del 22, los no vacunados solo representaron el 13 % de los casos a pesar de la gran implementación de la tercera dosis a millones en diciembre.

La población "vacunada" representó ***el 85% de los casos entre el 11 de diciembre y el 7 de enero de 22, con el 9% de esos casos entre los "vacunados" con una dosis, el 32% de esos casos entre los "vacunados" con triple y el 59% de esos casos entre los "vacunados" con doble "vacuna"***.

Avanzando un mes, encontramos que ***los "vacunados" representaron el 87% de los casos, con los "vacunados" con una dosis representando el 4% de esos casos, los "vacunados" con dos dosis representando el 33% de esos casos y los "vacunados" con tres dosis representando el 63% de esos casos.***

Esto significa que a pesar de que los casos caen entre todos los grupos demográficos, en realidad cayeron más entre los no "vacunados", los "vacunados" con una sola dosis y los "vacunados" con dos dosis, con la caída más baja en los "vacunados" con tres dosis. ***Esto no tiene sentido si las "vacunas" contra la Covid-19 son efectivas. Claramente no lo son cuando se trata de prevenir infecciones***.

La gráfica se ha recopilado a partir de los datos que se encuentran en la tabla 12 del informe estadístico de PHS Covid-19 publicado el 12 de enero de 22, y la tabla 13 del informe estadístico de PHS Covid-19 publicado el 9 de febrero de 22, y muestra el número de hospitalizaciones por estado de "vacunación" entre el 11 de diciembre de 21 y el 7 de enero de 22, y entre el 8 de enero y el 4 de febrero de 22.

La principal diferencia entre los datos sobre hospitalizaciones y los datos sobre casos, es que las hospitalizaciones generales aumentaron en el mes más reciente en comparación con la cantidad de hospitalizaciones registradas entre el 11 de diciembre y el 7 de enero de 22, pero ***ese aumento solo se debe a un gran aumento en hospitalizaciones entre la población "vacunada" con tres dosis*** porque las hospitalizaciones entre todos los demás grupos demográficos, incluidos los no "vacunados", disminuyeron.

Las hospitalizaciones entre los no "vacunados" cayeron un 24% a 402 en comparación con las 545 de diciembre. Las hospitalizaciones entre los vacunados con una dosis también cayeron, pero solo un 1.6%, de 123 a 121, y las hospitalizaciones entre los "vacunados" con la doble "vacuna" cayeron un 28.7%, de 763 a 544.

Pero ***las*** hospitalizaciones ***entre los "vacunados" con tres dosis*** aumentaron ***un 88%*** a 1430 frente a las 762 de diciembre.

Entre el 11 de diciembre y el 7 de enero de 22, la población no "vacunada" representó el 25% de las hospitalizaciones, pero avanzando un mes, encontramos que entre el 8 de enero y el 4 de febrero de 22, los no "vacunados" solo representaron el 19.5% de las hospitalizaciones a pesar de la gran implementación de la tercera dosis a millones en diciembre.

La población "vacunada" representó ***el 75% de las hospitalizaciones entre el 11 de diciembre y el 7 de enero de 22, con un 7% de esas hospitalizaciones entre los "vacunados" con una dosis, un 46% de esas hospitalizaciones entre los "vacunados" con tres dosis y un 47% de esas hospitalizaciones entre los "vacunados" con dos dosis***.

Avanzando un mes, encontramos que ***los "vacunados" representaron el 80.5% de las hospitalizaciones, los "vacunados" de una dosis representaron el 6% de esas hospitalizaciones, los "vacunados" dos veces representaron el 26% de esas hospitalizaciones y los "vacunados" con tres dosis representaron 68% de esas hospitalizaciones***.

Esto no tiene sentido si las "vacunas" contra la Covid-19 son efectivas***. Claramente no lo son cuando se trata de prevenir tanto la infección como la hospitalización***.

La gráfica se ha recopilado a partir de los datos que se encuentran en la tabla 13 del informe estadístico de PHS Covid-19 publicado el 12 de enero de 22, y la tabla 14 del informe estadístico de PHS Covid-19 publicado el 9 de febrero de 22, y muestra el número de casos de Covid-19. muertes por estado de "vacunación" entre el 4 de diciembre y el 31 de diciembre de 21, y entre el 1 de enero y el 28 de enero de 22.

A diferencia de los casos, pero al igual que las hospitalizaciones, las muertes aumentaron en general entre el 1 de enero y el 28 de enero de 22 en comparación con el número registrado en diciembre, y una vez más ***esto se*** debió ***únicamente a la población con tres dosis***.

Las muertes aumentaron de 40 entre los "vacunados" con tres dosis entre el 4 de diciembre y el 31 de diciembre de 21, a un preocupante 238 entre el 1 de enero y el 28 de enero de 22. ***Esto representa un aumento del 495% en las muertes en comparación con solo un aumento del 30 % en las muertes entre la población no "vacunada" en el mismo tiempo*** pasando de 46 a solo 60.

Entre el 4 de diciembre y el 31 de diciembre de 21, la población no "vacunada" representó el 19% de las muertes, pero avanzando un mes, encontramos que entre el 1 de enero y el 28 de enero de 22, los no "vacunados" solo representaron el 14% de las muertes a pesar de la gran implementación de la tercera dosis a millones en diciembre.

La población "vacunada" representó ***el 81% de las muertes entre el 4 de diciembre y el 31 de diciembre de 21, con el 9% de esas muertes entre los "vacunados" con una dosis, el 21% de esas muertes entre los "vacunados" con tres dosis y el 70% de esas muertes entre los "vacunados" con dos dosis***.

Avanzando un mes, encontramos que ***los "vacunados" representaron el 86% de las muertes, los "vacunados" con una dosis representaron el 4% de esas muertes, los "vacunados" dos veces representaron el 32% de esas muertes y los "vacunados" tres veces representaron el 64% de esas muertes***.

Esto no tiene sentido si las "vacunas" contra la Covid-19 son efectivas. Claramente, no son efectivas ***para prevenir la transmisión o la infección.***

No son efectivos para prevenir la hospitalización y no son efectivos para prevenir la muerte. En realidad, empeorar las cosas considerablemente.

Los datos oficiales de Public Health Scotland muestran que ***la población "vacunada" representó el 86% de los casos de Covid-19, el 80% de las hospitalizaciones por Covid-19 y el 84% de las muertes por Covid-19***. Por lo tanto, Escocia se encontraba en ese momento en medio de una 'pandemia de personas totalmente vacunadas'.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) publicó un informe el 24 de febrero de 2022. La tabla 10, que se encuentra en la página 41 del informe, muestra ***el número de casos de Covid-19*** por estado de "vacunación" en Inglaterra entre el 24 de enero y el 20 de febrero de 2022, y confirma que ***la gran mayoría se*** registraron ***entre la población con tres dosis***.

En general, la población "vacunada" representó 1 086 434 casos, lo que significa que representó ***el 73 % de todos los casos de Covid-19 entre el 24 de enero y el 20 de febrero de 2022***. Pero si eliminamos a los niños de la ecuación, encontramos que la ***población "vacunada" representó el 91% de todos los casos de Covid -19 casos entre mayores de 18 años en Inglaterra***.

La Tabla 11, que se encuentra en la página 42 del informe, muestra el número de hospitalizaciones por Covid-19 por estado de "vacunación" en Inglaterra entre el 24 de enero y el 20 de febrero de 2022, y confirma que ***la gran mayoría se registró nuevamente entre la población con tres dosis.***

Aquí es donde los datos no tienen mucho sentido. Sabemos que Ómicron es ahora la supuesta variante dominante en Inglaterra, y sabemos que supuestamente causa una enfermedad de gravedad equivalente al resfriado común. Entonces, ¿***por qué los datos muestran que las hospitalizaciones de niños por Covid-19 son más del doble de la cantidad que se*** registraba ***cuando Delta supuestamente era la cepa dominante***? Muy "curioso y casual".

Cuando incluimos a los niños en las cifras de hospitalización, encontramos que ***la población "vacunada" representó el 75% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 entre el 24 de enero y el 20 de febrero de 2022***. Pero cuando eliminamos a los niños, encontramos que ***la población "vacunada" representó el 85% de todas Hospitalizaciones por Covid-19 entre mayores de 18 años en Inglaterra***.

La Tabla 12, que se encuentra en la página 43 del informe, muestra el número de muertes por Covid-19 por estado de "vacunación" en Inglaterra entre el 24 de enero y el 20 de febrero de 2022, y confirma una vez más que ***la gran mayoría se registró entre la población con tres dosis.***

En general, ***la población "vacunada" representó el*** 89% ***de todas las muertes por Covid-19 durante estas cuatro semanas***, con 4302 muertes registradas. Esto significa que ***la población "vacunada" ahora representa 9***

de cada 10 muertes, y la población con tres dosis representa 4 de cada 5 de ellas.

Los datos publicados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido en relación al período del 31 de enero al 27 de febrero del 22, confirman que ***las personas totalmente "vacunadas" en Inglaterra*** tienen ***hasta 3.2 veces más probabilidades de morir de Covid-19 que las personas no "vacunadas" según las tasas de mortalidad de Covid-19 por cada 100 000 habitantes***.

Esto significa, según la fórmula de eficacia de la "vacuna" de Pfizer, que ***las inyecciones antiCovid-19 están*** demostrando ***tener una*** efectividad negativa ***en el mundo real contra la muerte tan baja como -222%***.

Debido a que la efectividad en el mundo real ha caído por debajo del 0%, esto significa que ***los sistemas inmunológicos de la población completamente "vacunada" no han*** regresado ***simplemente a su estado natural original en línea con los sistemas inmunológicos de los no "vacunados"***. ***Significa que sus sistemas inmunológicos en realidad se han*** degradado***, lo que sugiere fuertemente que las inyecciones antiCovid-19 causan daño al sistema inmunológico natural durante un período de tiempo***.

Por lo tanto, parece que ***el*** riesgo ***teórico de enfermedad mejorada asociada a la "vacuna"***, que Pfizer admitió en documentos confidenciales escritos en abril de 2021, ***ya no es teórico y está llegando a buen término*** en el Reino Unido. O eso, o estamos viendo alguna ***nueva forma de*** síndrome de inmunodeficiencia adquirida ***inducido por la "vacuna" Covid-19***.

Esta misma agencia, (UKHSA), publicó un informe el jueves 10 de marzo del 22, y se puede ver aquí. En general, ***la población "vacunada"*** representó ***un impactante 92% de todas las muertes por Covid-19*** durante estas cuatro semanas, con 5216 muertes registradas. ***Esto*** significa ***que la población "vacunada" ahora representa 9.2 de cada 10 muertes, y la población triple "vacunada" representa 4 de cada 5 de ellas***.

Para la población "vacunada" con 3 dosis, ya en ese momento, se intuía que iban a vivir un momento malo esta pasada primavera, especialmente cuando consideramos que estadísticamente tenían ***hasta un 262% más de probabilidades de infectarse con Covid-19***.

Los datos oficiales publicados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido también confirman que ***la población completamente "vacunada"*** representó ***un 92% de todas las muertes por Covid-19 en Inglaterra durante marzo, pero lo que es aún más "sorprendente" es que el 82% de esas muertes se*** produjeron ***entre la población triplemente "vacunada"***.

En ese momento, ***la Covid-19 estaba*** aumentando ***nuevamente en todo el Reino Unido, pero los datos*** confirmaban ***que los casos, las hospitalizaciones y las muertes solo aumentaban entre la población con***

triple "vacunación", mientras que estaban disminuyendo ***significativamente entre la población no "vacunada"***.

El informe Semana 13 - 2022 contiene datos sobre la Covid-19 durante las primeras 4 semanas de marzo de 2022. La Tabla 11, que se encuentra en la página 41 del informe, muestra el número de casos de Covid-19 por estado de "vacunación" en Inglaterra entre el 28 de febrero y el 27 de marzo del 22, y confirma que ***la gran mayoría se*** registraron ***entre la población triplemente "vacunada"***.

En general, ***la población "vacunada"*** representó 1 011 153 casos, lo que significa que ***representó el 83% de todos los casos de Covid-19 entre el 28 de febrero y el 27 de marzo del 22***. ***En el espacio de 1 mes, los*** casos ***entre los no "vacunados" habían disminuido en un 36%, mientras que los casos entre los "vacunados" triples habían aumentado en un 34%***. ***Los datos anteriores*** demuestran ***que la "vacuna"aumenta el riesgo de infección***. ***La mayoría de los adultos "vacunados" triplemente tienen en realidad cinco veces más*** probabilidades ***de infectarse con Covid-19 que los adultos no "vacunados"***.

La Tabla 12, que se encuentra en la página 42 del informe, muestra el número de hospitalizaciones por Covid-19 por estado de "vacunación" en Inglaterra entre el 28 de febrero y el 27 de marzo de 22, y confirma ***que la gran mayoría se registró nuevamente entre la población triplemente "vacunada"***. En total, hubo 10 326 hospitalizaciones por Covid-19 en Inglaterra entre el 28 de febrero y el 27 de marzo, un aumento del 12% entre el número de hospitalizaciones registradas hasta febrero. La población triple "vacunada" supuso 6750 de esas hospitalizaciones a lo largo de marzo, mientras que la población no "vacunada" supuso 2065 de ellas. En general, ***la población "vacunada"*** representó 8261 de las 10 326 hospitalizaciones por Covid, lo que significa que ***representaron el 80% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 en Inglaterra entre el 28 de febrero y el 27 de marzo***. ***En el espacio de 1 mes las hospitalizaciones habían*** bajado ***un 12% entre los no "vacunados" pero habían aumentado un 37% entre los triple "vacunados"***.

La Tabla 13b, que se encuentra en la página 44 del informe, muestra ***el número de muertes por Covid-19*** por estado de "vacunación" en Inglaterra entre el 28 de febrero y el 27 de marzo del 22, y confirma una vez más que ***la gran mayoría se*** registró ***entre la población con triple "vacunación"***.

En general, ***la población "vacunada"*** representó ***el 92% de todas las muertes por Covid-19 durante estas cuatro semanas, con 3736 muertes registradas. Esto*** significa ***que la población "vacunada" en ese momento representaba 9.2 de cada 10 muertes, y la población triple "vacunada"*** representaba ***4.1 de cada 5 de ellas***. ***Las muertes entre los no "vacunados" cayeron un 43% en marzo desde el número registrado en febrero***.

La Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido, "el mayor productor independiente de estadísticas oficiales del Reino Unido y su reconocido instituto

nacional de estadística", publicó en abril del 22 datos sustanciales sobre las "vacunas" contra la Covid-19. A pesar de contener algunos de los desgloses más detallados de la relación entre las "vacunas" Covid-19 y la mortalidad disponible, ha pasado casi desapercibido.

Se presentarán estos datos utilizando métodos transparentes y de fácil comprensión. Dicho esto, ***los datos oficiales del gobierno del Reino Unido*** indican ***tasas de mortalidad sustancialmente mayores en muchas personas "vacunadas" con las "vacunas" Covid-19, en comparación con las no "vacunadas"***.

Tabla 1 del conjunto de datos, "Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de vacunación para todas las muertes, muertes relacionadas con Covid-19 y muertes no relacionadas con Covid-19, por 100 000 años-persona, Inglaterra; muertes ocurridas entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de enero de 2022".

La columna significativa es "tasa de mortalidad estandarizada por edad / 100 000 años-persona". Está estandarizado por edad para minimizar los problemas estadísticos con diferentes cantidades de vacunación en diferentes grupos de edad (más sobre esto en breve). El número se calculó utilizando años-persona, por lo que puede entenderse como el número esperado de muertes anuales por cada 100 000 habitantes dentro de la categoría apropiada.

Hay datos para todas las causas, muertes por Covid-19 y no relacionadas con Covid-19. Observar las muertes por todas las causas muestra si las "vacunas" tienen un efecto neto positivo o negativo, así que eso es lo que haremos. Como ejemplo extremo, si por cada 100 000 personas las "vacunas" mataron a 999 por eventos adversos, pero salvaron a 1000 del Covid-19, el grupo "vacunado" aún tendría una tasa de mortalidad por todas las causas más baja que el grupo no "vacunado".

Si la tasa de enero se mantuviera durante un año, esperaríamos:

- 2502.9 muertes durante el año por cada 100 000 no vacunados
- 1330.1 muertes en el año por cada 100 000 con 1 dosis hace menos de 21 días
- 1718.5 muertes en el año por cada 100 000 con 1 dosis hace al menos 21 días
- 265.6 muertes en el año por 100 000 con 2 dosis menos que hace 21 días
- 166.1 muertes en el año por 100 000 con 2 dosis hace al menos 21 días

Este es el efecto que casi todo el mundo espera que tengan las "vacunas" contra la Covid-19. Debemos tener en cuenta que estas son muertes por todas las causas. En ese momento, había una probabilidad sustancial de que Covid-19 hubiera sido la causa esperada de muerte, para cualquier muerte no "vacunada".

Esos fueron los primeros datos del conjunto, enero de 2021. Ahora vamos a mirar el gráfico de los últimos datos del conjunto, enero de 2022. ***La tasa de mortalidad por todas las causas es sustancialmente más alta en aquellos con 1 o 2 dosis que en los no "vacunados"***. Eso no parece que pueda ser teóricamente muy correcto.

Vamos a trazar todo el conjunto de datos como una línea de tiempo:

Como sabemos, en enero de 2021, los "vacunados" con 1 y 2 dosis tienen tasas de mortalidad más bajas que los no "vacunados". Pero luego, en mayo de 2021, aquellos "vacunados" con 1 dosis 'hace al menos 21 días' comienzan a tener una tasa de mortalidad más alta que los no "vacunados". En octubre de 2021, los "vacunados" con 2 dosis 'hace al menos 6 meses' comienzan a tener una tasa de mortalidad más alta que los no "vacunados". Les siguen en noviembre de 2021 los que tienen 2 dosis 'hace al menos 21 días'. Además, la tasa de mortalidad de los "vacunados" con 3 dosis se acerca cada vez más a la de los no "vacunados". ***Todas estas tendencias continúan hasta el final del conjunto de datos en enero de 2022***.

Claramente, esto no es un problema de contabilidad, por lo que la variable obvia a tener en cuenta es la edad. Aunque la Oficina de Estadísticas Nacionales dice que sus datos están estandarizados por edad, los datos no deben tener en cuenta la edad de una manera que muestre lo que realmente está sucediendo.

Los mismos datos de mortalidad por estado de "vacunación" se desglosan en franjas de edad de 18-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 y 90+. Se registran de la misma manera que arriba, pero se eliminan las categorías "hace menos de 21 días" ya que agregan mucho ruido y las personas estarán en esos grupos por poco tiempo en comparación con las categorías "hace al menos 21 días". Además, la Oficina Nacional de Estadísticas combinó la categoría 'entre 21 días y 6 meses' con 'al menos 6 meses'.

Estos datos muestran algunas cosas interesantes. Primero que ***el efecto parece ser real y consistente. Segundo, que el efecto ocurre progresivamente más tarde a medida que los grupos de edad se hacen más jóvenes. En tercer lugar, en las edades de 18 a 39 años, la "vacuna" parece haber tenido un efecto negativo desde el principio***.

Sería útil mostrar todos los datos anteriores en un gráfico, pero las tasas de mortalidad son muy diferentes, siendo 90 000 el pico para mayores de 90, mientras que 120 es el pico para 18-39. Por esta razón, los datos deben estandarizarse primero, lo que se hace como 'tasa frente a no vacunados'.

Por ejemplo, en enero, la tasa de mortalidad de 18 a 39 años de 120 para 1 dosis frente a 60 para los no "vacunados" podría mostrarse como que la tasa de 1 dosis es el doble de la tasa de no "vacunados". Para mayores de 90, la tasa de 30 000 para 1 dosis frente a la tasa de 60 000 para no "vacunados" podría mostrarse como la tasa de 1 dosis siendo 0.5 veces la tasa de no "vacunados". Cuando los datos se organizan de esa manera y se combinan, se obtiene el siguiente gráfico.

Todos estos datos son muy alarmantes. Una vacuna que funciona mal debería tener al menos un pequeño efecto positivo. ***Una vacuna que* no funciona *no debería tener ningún efecto. Sin embargo, vemos un* efecto negativo *en todos los grupos de edad para 1 o 2 dosis tomadas 'hace al menos 21 días', y en la mayoría de los casos el efecto negativo es bastante grande. El hecho de que el patrón sea consistente y predecible, lo que* significa *que se mueve sin problemas de un mes a otro y de un grupo de edad a otro, le da aún más credibilidad al patrón***.

Los datos* indican *un problema de salud que puede ser mayor que la supuesta Covid-19.

Los datos publicados por la Oficina de Estadísticas Nacionales revelan que, lamentablemente, 41 449 personas murieron en los 21 días posteriores a recibir una dosis de la "vacuna" contra la Covid-19 en Inglaterra entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de enero de 2022, y otras 290 915 personas lamentablemente perdieron la vida entre los 21 días y los 6 meses de haber sido "vacunado":

Según el conjunto de datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS), entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de enero de 2022, lamentablemente 495 300 personas perdieron la vida. No está claro si eso incluye a toda la población de Inglaterra o solo a aquellos elegibles para la "vacunación".

Desafortunadamente, ***el*** 79% de ***esas 495 300 muertes ocurrieron después de la "vacunación" contra la Covid-19***, con 392 066 muertes entre personas que habían recibido al menos una dosis entre el 1 de enero de 21 y el 31 de enero de 22.

Lamentablemente, 41 449 personas han perdido la vida en los 21 días posteriores a recibir una dosis de la "vacuna" contra la Covid-19 en Inglaterra hasta el momento, y 290 915 personas lamentablemente han perdido la vida entre 21 días y 6 meses después de recibir una dosis de la "vacuna" contra la Covid-19. Esto significa que ***un total de 332 364 personas murieron dentro de los 6 meses posteriores a la "vacunación" contra la Covid-19 entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de enero de 2022***.

Si combinamos estas cifras con más datos de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido que muestran que ***las personas totalmente "vacunadas" tienen casi 3 veces más probabilidades de morir de Covid-19 que las personas no "vacunadas", ya que la efectividad de la "vacuna" contra la muerte cae a*** -166%, lo que está sucediendo tiene una clara explicación: ***los sueros experimentales, mal llamados "vacunas", ni son seguros, ni son efectivos***.

Las Cifras oficiales publicadas por la Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido muestran que ***las muertes por cada 100 000 entre las personas de 18 a 39 años que recibieron la doble "vacunación" fueron en promedio un 91% más altas que las muertes por cada 100 000 entre las personas de 18 a 39 años que no fueron "vacunadas" entre enero de 2021 y enero de 2022***.

Esto significa que ***ya no se puede negar que las "vacunas" contra la Covid-19 son mortales porque incluso las cifras publicadas por el Gobierno lo prueban***.

El gráfico muestra las tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de "vacunación" para muertes por todas las causas, por 100 000 años-persona entre adultos de 18 a 39 años en Inglaterra. La línea verde es la tasa de mortalidad entre los no "vacunados", que aunque ha fluctuado se ha mantenido bastante estable en todo momento.

Sin embargo, las otras líneas representan diferentes estados de vacunación y son extremadamente preocupantes. Las líneas naranja, amarilla y rosa representan las tasas de mortalidad dentro de los 21 días posteriores a la recepción de una primera, segunda o tercera dosis. Y revelan que ***el riesgo de muerte aumenta significativamente inmediatamente después de la "vacunación"***.

Las cifras más preocupantes son las tasas de mortalidad entre los "vacunados" hace al menos 21 días, que puedes ver más claramente en el siguiente gráfico. Alrededor de junio de 2021, hay un cruce de quienes recibieron una dosis con quienes recibieron dos dosis en términos de una mayor tasa de mortalidad en comparación con los no "vacunados". Obviamente, ***esto*** coincide ***con el momento en que se administró cada inyección a este grupo de edad***. Pero lo más preocupante aquí es que ***la segunda inyección parece empeorar mucho las cosas en términos del riesgo de muerte***.

El gráfico muestra la tasa de mortalidad estandarizada por edad promedio que ocurrió entre el 1 de enero de 21 y el 31 de enero de 22 por estado de "vacunación" para muertes por todas las causas, por 100 000 años-persona entre adultos de 18 a 39 años en Inglaterra. La tasa de mortalidad media a lo largo de estos 13 meses entre los no "vacunados" equivale a 43.9 muertes por 100 000 años-persona. Pero ignorando la tasa de mortalidad dentro de los primeros 21 días de "vacunación", encontramos que ***ésta es en realidad la tasa de mortalidad más baja entre todos los estados de "vacunación"***, y estos incluyen las muertes por Covid-19 en las tasas.

La tasa de mortalidad media parcialmente "vacunada" (al menos hace 21 días) equivale a 66.3 muertes por 100 000. Mientras que la tasa de mortalidad media con doble "vacunación" (al menos hace 21 días) equivale a 84.02 muertes por 100 000 años-persona entre el 1 de enero de 21 y el 31 de enero de 22.

La tasa promedio de mortalidad de los inoculados con tres dosis también es más alta ***que la tasa de no "vacunados"*** en 55 muertes por 100 000. Pero vale la pena señalar aquí que solo hay datos de un par de meses disponibles sobre la tercera inyección.

Lo que sugieren fuertemente estas cifras oficiales de la Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido es que ***la "vacunación" contra la Covid-19*** mata y aumenta el riesgo de muerte ***de una persona por cualquier causa***.

Parece que ***cada dosis adicional*** [empeora](#) ***las cosas***. En promedio, ***los "vacunados" con una dosis tienen un*** [51%](#) ***más de probabilidades de morir que los no "vacunados" entre el 1 de enero de 21 y el 31 de enero de 22***.

En promedio, ***los "vacunados" dobles tenían un*** [91.4%](#) ***más de probabilidades de morir que los no "vacunados" entre el 1 de enero de 21 y el 31 de enero de 22. Y en base a la pequeña cantidad de datos disponibles hasta el momento, en promedio, los triple "vacunados" tienen en promedio un*** [25.3%](#) ***más de probabilidades de morir que los no "vacunados"***.

Algunos defensores del discurso oficial, para tratar de tapar lo peligrosas e inútiles que son las mal llamadas "vacunas", dicen que esos datos y porcentajes son derivados simplemente de que el número de personas inoculadas es mayor que el de no "vacunadas". Esta afirmación, una vez más, es incorrecta. Si repasamos la información presentada en todo este apartado, referente a hospitalizaciones, contagios y muertes, observamos, ***que esos porcentajes se han mantenido aproximadamente iguales desde hace meses mientras que el porcentaje de personas inoculadas aumentaba***. Eso quiere decir, que el número de personas "vacunadas" no es un factor influyente en dichos porcentajes y demuestra, otra vez, que el discurso oficial además de carente de base científica, es incorrecto.

Analizando los datos de este apartado globalmente y considerando la evolución de los mismos en el tiempo, podemos desmentir otro de los mantras del discurso oficial. ***Es falso que si te "vacunas" y contraes la Covid, te da más suave que a los no "vacunados"***. ***Si eso fuera así, los porcentajes de hospitalizaciones y muertes, serían mayores en no "vacunados" y eso, ni se ha producido ni se está produciendo, es más, como hemos visto, el mayor porcentaje de hospitalizados tienen 3 dosis inoculadas, demostrando que las dosis de refuerzo, lo único que han hecho es empeorar las cosas y que en general con cada inoculación se perjudica más la salud de la persona***, algo que por otro lado, también es contrario a lo defiende el discurso oficial, pero que científicamente está justificado como queda demostrado en el presente informe.

Israel

Este país es mucho menos prolífico que el Reino Unido en cuanto informes, por tanto, hacer el análisis de la evolución temporal es absolutamente imposible. No obstante, de lo que se publica sobre este país a nivel científico o en diferentes medios divulgativos, podemos sacar muchas conclusiones:

Muchos de los contagios actuales, se siguen dando entre "vacunados" (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14); hasta tal punto, que desde hace tiempo casi la totalidad de los nuevos contagios, se producen en "vacunados" (1) (2) (3). En su momento, el propio Ministro de Salud israelí, reconoció la baja efectividad de las "vacunas" y afirmó que concretamente la de Pfizer, no sirve

para evitar la transmisión del virus; también el propio Fauci reconoce la baja efectividad, fomentando así, nuevos futuros pinchazos. En un estudio sobre la "vacuna" Pfizer en Israel, se encontraron unos resultados bastante esclarecedores; después de 6 meses y dos pinchazos, la supuesta efectividad de la "vacuna" era del 16%. Datos publicados hace meses referentes a nuevos contagios en aquel momento, ya eran bastante claros, **en todos los grupos de edad entre 20 y 89 años, el porcentaje de nuevos contagios entre personas "vacunadas", oscilaba entre 79 y 91%** (1) (2).

Se considera que Israel tiene una de las tasas de "vacunación" más altas del mundo, durante semanas los titulares declararon que se había alcanzado la "inmunidad colectiva'', no obstante, poco después, los titulares dieron paso a informes alarmantes de rápido aumento de casos y ahora, incluso, nos cuentan que parece que la tan promocionada "vacuna" de refuerzo y los refuerzos de los refuerzos antiCovid podrían estar fallando en la protección: ya hace tiempo, los datos del Ministerio de Salud Interno mostraban que **14 israelíes habían sido infectados con Covid-19 una semana después de recibir una 'vacuna' de refuerzo y algunos estaban hospitalizados**", informaba el canal 12, lo cual, también vimos en España, todos los ancianos de una residencia en Mallorca, se habían contagiado y todos tenían ya la dosis de refuerzo.

En un informe realizado por científicos (Farmacéuticos, Doctores y Doctores en Ciencias) del colectivo Reinfocovid, se encontró que en Israel **el 90% de los casos nuevos que se producen en mayores de 50 años, son personas que están completamente "vacunadas". El 60% de los casos graves también están "vacunados". Las personas "vacunadas" tienen casi 7 veces más probabilidades de infectarse con SARS-CoV-2 que las personas inmunizadas por una infección natural** con una tasa de reinfección del 0.0086% para los no "vacunados" frente al 0.0578% para los "vacunados". De los 143 pacientes con Covid hospitalizados la semana del 21 de julio del 21, el 58% estaban "vacunados", el 39% no y el 3% estaban parcialmente "vacunados".

El director de Salud pública de Israel, confirmaba **que el 50% de los nuevos casos de Covid, eran de personas con la pauta completa**. **El Ministerio de Salud de Israel informó** el miércoles 11 de agosto del 21 que 694 personas estaban siendo tratadas en hospitales debido a Covid-19, incluidos 400 pacientes en estado grave. **Entre las personas en estado grave, el 64% estaba completamente "vacunado". Esto significa que había el doble de personas completamente "vacunadas" en estado grave debido a la enfermedad en comparación con las que no están "vacunadas"**.

En una entrevista (1) (2) realizada en el Canal 13 de Israel, el **doctor Kobi Haviv, director del Hospital Herzog de Jerusalén**, mostró una dosis de la cruda realidad que había en ese país ya en ese momento:

- "**El 95% de los pacientes graves están 'vacunados'**".
- "**El 85-90% de las hospitalizaciones son en personas totalmente 'vacunadas'**".

- “Estamos abriendo más y más salas Covid”.
- “La eficacia de la ‘vacuna’ está disminuyendo, prácticamente desapareciendo”.

Como resumió el Times of Israel, los estudios demostraron que ***la inmunidad natural proporcionaba a los israelíes una "defensa del Delta más duradera que las ‘vacunas’". “La variante tenía 27 veces más probabilidades de romper la protección de Pfizer entre enero y febrero y causar síntomas que de penetrar la inmunidad natural del mismo período***", informó el periódico.

A pesar de la alta tasa de “vacunación”, Israel se ha pasado buena parte del tiempo imponiendo nuevas restricciones a su población. Desde el 20 de agosto de 2021 hasta el 01 de marzo de 2022, el país reactivó su sistema de pase verde completo, las mascarillas eran obligatorias en todas las reuniones interiores y exteriores e incluso se exigía que los padres completamente “vacunados” y responsables del cuidado de un niño en cuarentena también se aislaran (para niños menores de 12 años). A pesar de la “vacunación”, la nación llegó a sufrió el peor promedio per cápita del mundo de casos de Covid en 7 días. Israel ha llegado a superar los 11 000 casos de Covid diarios, una tasa de infección que es magnitudes más alta que cuando no existían los sueros experimentales y todos en el país no estaban “vacunados”. Los ‘expertos’ predicaron la cuarta dosis porque las tres anteriores fracasaron (coaccionaron a los ciudadanos diciendo que si querían mantener el pase verde, debían actualizarse y estar al día con todas las dosis que recomienda el Gobierno), aún cuando el panel de la FDA, abrumadoramente, rechazó la inyección de refuerzo de Pfizer para personas sanas de 16 años o más. El comité de 18 miembros votó 16 a 2 EN CONTRA de aprobar las “vacunas” de refuerzo, aunque más tarde dieron su respaldo al aprobarlas para personas de 65 años o más.

La realidad se impone y con la llegada del 2022, la situación estaba muy lejos de mejorar en este país. La pesadilla de la “vacunación” masiva de Israel empeoraba a medida que la nación alcanzaba un MÁXIMO de seis meses en nuevos casos de Covid. La supuesta variante morónica (Ómicron) del supuesto coronavirus de Wuhan (Covid-19) se estaba propagando rápidamente en Israel, según los informes. A pesar de tener un estado policial autoritario que prácticamente requiere que todos los ciudadanos se “vacunen” para vivir, el estado actual de salud pública de Israel es pésimo al menos en lo que respecta a los resultados “positivos” de las pruebas.

Israel durante bastante tiempo ha liderado el mundo en nuevos casos diarios de coronavirus de Wuhan (Covid-19) per cápita a pesar de su condición de uno de los países más vacunados del mundo. Este estatus como uno de los países más “vacunados y reforzados” del mundo no impidió que el país experimentara niveles récord de infecciones por Covid-19. El 20 de enero de 2022, el Ministerio de Salud de Israel informó 64 940 nuevos casos de Covid-19, lo que elevaba el número total de infecciones que ha tenido el país a 2 101 265.

El número de casos activos de Covid-19 ascendía a 409 817. La tasa de pruebas positivas de las pruebas de Covid-19 alcanzó un récord de 18.38%.

El número de pacientes israelíes con Covid-19 en hospitales aumentó a 1680 el 20 de enero, de los cuales 593 se consideran gravemente enfermos. De aquellos con casos graves, 112 están en ventiladores.

Un destacado experto en salud que asesora al gobierno israelí advirtió que el país no podría soportar que entre el 0.6 y el 0.7 % de la población dé positivo por Covid-19 cada día.

La única respuesta del gobierno israelí al aumento de casos (como del resto de gobiernos) parece ser dar a su gente más "vacunas" Covid-19 experimentales, peligrosas e ineficaces. No hace mucho, el gobierno aprobó administrar una cuarta dosis de la "vacuna" Covid-19 a personas mayores de 60 años y trabajadores de la salud que recibieron dosis de refuerzo.

Para que veamos muy claramente la efectividad nula y la altísima peligrosidad de los sueros experimentales, hagamos una comparación entre los datos de fallecimientos de Israel y Suecia (país cuyas políticas antiCovid son totalmente opuestas a las de Israel). Sobran las palabras, más vale una imagen que mil palabras.

Si observamos un gráfico de Reuters sobre la tasa media de casos de Israel en siete días, parece haber ocurrido algo absolutamente anormal a mediados de enero de 2022, ya que la línea se dispara en línea recta hacia arriba, alcanzando un máximo histórico de 87 158 nuevas infecciones por día el 20 de enero de 2022. El promedio diario de muertes relacionadas con el coronavirus reportadas en Israel alcanzó un nuevo máximo: ahora se reportaban más de 79 a 05 de febrero de 2022.

Esto, a pesar de que el 74% de la población había recibido al menos una dosis, el 67% ha recibido dos dosis y el 56% ha recibido al menos un refuerzo, al 25 de enero de 2022.

¿Están los hospitales israelíes sobrecargados de pacientes Covid no inoculados? Según el profesor Yaakov Jerris, director del Hospital Ichilov de Tel Aviv, la situación es completamente opuesta; "En este momento, ***la mayoría de nuestros casos graves están 'vacunados'***", dijo Jerris a Channel 13 News.

"Tenían al menos tres inyecciones. ***Entre el 70 y el 80% de los casos graves están 'vacunados'***. Por lo tanto, ***la 'vacuna' no tiene relevancia con respecto a la enfermedad grave, razón por la cual solo entre el veinte y el veinticinco por ciento de nuestros pacientes no están 'vacunados'***", explicó al mismo medio, entrevista que fue reproducida por Israel National News.

"Definir un paciente grave es algo problemático. Por ejemplo, un paciente con una enfermedad pulmonar crónica siempre tuvo un nivel bajo de oxígeno, pero

ahora tiene un resultado positivo en la prueba de coronavirus que técnicamente lo convierte en un 'paciente grave de coronavirus', pero eso no es exacto. ***El paciente solo se encuentra en una condición difícil porque tiene una enfermedad subyacente grave***".

"***Nunca colapsamos en los dos años de pandemia. El colapso fue más psicológico que físico. No colapsamos en términos de sobrecarga de pacientes***", añadió el doctor Yaakov Jerris.

Por su parte, el Dr. Roi Ilan, director de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Rambam de Haifa, cuestionó el "pase sanitario" y consideró que **su obligatoriedad debería descartarse debido a su irrelevancia**. "Entiendo que eso pronto va a suceder".

El Dr. Paul Marik, especialista en cuidado intensivo, quien analizó datos oficiales de los gobiernos del Reino Unido y de Israel en junio del 22, encontró que ***las inoculaciones masivas no están protegiendo de enfermarse de Covid-19, de hecho, empeoran el cuadro clínico de los que se infectan***. Lo explica en este vídeo.

De la información expuesta en este apartado, podemos sacar las mismas conclusiones que para el Reino Unido: los sueros experimentales ni son seguros, ni son efectivos, realmente, están empeorando las cosas.

Otros países

El siguiente paso en la demostración de la nula efectividad de estos sueros, es comprobar qué pasa en el resto del mundo, analizar qué ha sucedido estos meses en lugares con tasas de "vacunación" variadas y ver si podemos sacar las mismas conclusiones que para Reino Unido e Israel. Para ello, recurriremos a todo tipo de publicaciones, para intentar hacer un estudio también en este caso de la evolución temporal.

Vamos a empezar por ver qué han dicho diferentes publicaciones, para hacernos una idea general:

Lo que encontramos es que la falta de efectividad (1) (2) se constata en cientos de ellas, mostrando **contagios entre "vacunados"**: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67).

Vamos ahora a ver qué ha sucedido en lugares con tasas de "vacunación" variadas tras comenzar la "vacunación". Al final analizaremos lo que pasó en el 2021, que fue el año en que comenzaron mayormente las inoculaciones:

Vamos a empezar por un vídeo bastante esclarecedor (en el que se utilizan datos oficiales). Lo que en él se representa para muchos países es: en línea roja

continua, el número de muertes semanales antes de empezar la “vacunación”; en línea azul continua, el número de muertes semanales después de empezar la “vacunación” y, en línea roja discontinua, el número de muertes esperado si los sueros tuvieran realmente la efectividad que dicen los fabricantes.

En lugares con diferentes tasas de “vacunación”, se observa una tasa importante de contagios y muertes entre “vacunados”:

Nueva Zelanda

Los datos oficiales ocultos en los informes publicados por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda han revelado que ***la población completamente “vacunada” representa la gran mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 en Nueva Zelanda***, y algunos días se observa que el 100% de las personas ingresados en el hospital son “vacunados”.

El 16 de febrero de 2022, el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda publicó un informe de noticias que contiene información sobre las hospitalizaciones por Covid-19 según el estado de “vacunación”. En él confirmaron que de las hospitalizaciones actuales en la Región Norte, la población no “vacunada” supuso 2 hospitalizaciones, mientras que la población “vacunada” totalizó 23 hospitalizaciones.

Así que vamos a echar un vistazo a los informes de noticias anteriores publicados por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda para pintar una imagen de la supuesta pandemia actual de Covid-19 que está arrasando el país.

Estos son los informes que se analizaron y que se remontan al 25 de enero de 2022:

- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/record-day-boosters-and-paediatric-doses-25-community-cases-10-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-100000-first-doses-5-11s-90-auckland-maori-fully-vaccinated-23-community-cases-6-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-30000-boosters-given-yesterday-103-community-cases-11-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-13000-boosters-given-yesterday-91-community-cases-10-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-22000-boosters-given-yesterday-126-community-cases-8-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-38000-boosters-given-yesterday-142-community-cases-6-hospital

- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-36000-boosters-given-yesterday-147-community-cases-13-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/record-day-boosters-more-66000-doses-given-yesterday-243-community-cases-10-hospital-1-icu
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-48000-booster-doses-given-yesterday-208-community-cases-12-hospital-1-icu
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/almost-25000-booster-doses-waitangi-day-188-community-cases-14-hospital-1-icu
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/big-boost-week-kicks-all-dhbs-reach-90-fully-vaccinated-pacific-peoples-204-community-cases-16
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-56000-boosters-given-yesterday-306-community-cases-12-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-50000-boosters-given-yesterday-446-community-cases-23-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-57000-boosters-given-yesterday-454-community-cases-27-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-49000-boosters-given-yesterday-810-community-cases-32-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-20000-boosters-given-yesterday-981-community-cases-39-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-47000-boosters-given-yesterday-744-community-cases-40-hospital
- https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/more-two-million-boosters-given-1160-community-cases-56-hospital

La gráfica muestra el número total de hospitalizaciones por Covid-19 por estado de "vacunación" cada día en Nueva Zelanda entre el 25 de enero y el 16 de febrero de 22.

Como se puede observar, ***la gran mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19, desde el 16 de febrero hasta el 22 de febrero son de completamente "vacunados", parece que las cosas estaban empeorando progresivamente para las personas completamente "vacunadas", pero mejorando para las no "vacunadas"***.

La gráfica muestra el porcentaje de hospitalizaciones por Covid-19 por estado de "vacunación" en Nueva Zelanda entre el 25 de enero y el 16 de febrero de 22:

Seis de los 19 días se observó que el 100% ***de las hospitalizaciones por Covid-19 se produjo en completamente "vacunados" esto a pesar de que aproximadamente el 79% de la población de Nueva Zelanda se consideraba completamente "vacunada" en ese momento***. Los últimos 2 días de datos muestran que el 90% de las hospitalizaciones era de personas completamente "vacunadas" el 15 de febrero y el 92% de las hospitalizaciones el 16 de febrero del 22. Según los números dados, la "vacunación" ha empeorado las cosas.

La gráfica muestra el número real de casos de Covid-19 por estado de "vacunación" entre el 6 de enero y el 11 de febrero, y entre el 12 de febrero y el 24 de febrero (los datos se toman de los siguientes informes: 6 de enero, 12 de febrero, 25 de febrero).

En ambos períodos, ***la población completamente "vacunada"*** representó ***la mayoría de los casos de Covid-19***, pero la diferencia en el número de casos por estado de "vacunación" entre el 12 y el 24 de febrero es impactante.

Desafortunadamente, el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda no proporciona la tasa de casos por 100k por estado de "vacunación", por lo que debemos calcularla nosotros mismos. Si desea saber cómo se hace esto, lea este artículo publicado el 2 de marzo de 2022. Las tasas de casos calculadas por 100k por estado de "vacunación" en Nueva Zelanda, se muestran en la gráfica anterior.

Conocidas las tasas de casos de Covid-19 por estado de "vacunación", podemos usar la fórmula de efectividad de la "vacuna" de Pfizer para calcular la efectividad de la "vacuna" en el mundo real. El gráfico muestra la efectividad de la "vacuna" Covid-19 de dos dosis en el mundo real entre el 6 de enero y el 11 de febrero, y entre el 12 de febrero y el 24 de febrero de 22.

Entre el 6 de enero y el 11 de febrero, la efectividad ***de la "vacuna" contra la Covid-19 en el mundo real resultó ser de -94.4%, pero para el 24 de febrero, la efectividad de la "vacuna" en el mundo real cayó a -281.35%***.

La eficacia de la "vacuna" no es realmente una medida de una "vacuna", es una medida del rendimiento del sistema inmunitario del receptor de la "vacuna" en comparación con el rendimiento del sistema inmunitario de una persona no "vacunada".

El gráfico muestra el desempeño del sistema inmunitario en el mundo real de la población completamente "vacunada" en Nueva Zelanda entre el 6 de enero y el 11 de febrero, y entre el 12 de febrero y el 24 de febrero de 22 en comparación con el desempeño del sistema inmunitario de la población no "vacunada".

Entre el 6 de enero y el 11 de febrero, ***el*** rendimiento ***del sistema inmunitario de las personas completamente "vacunadas" fue del -49%, lo que significa que se redujeron al 51% restante de su sistema inmunitario***.

Avanzando hasta el 24 de febrero, encontramos que ***el rendimiento del sistema inmunitario de las personas completamente "vacunadas" en Nueva Zelanda había caído a -74%, lo que significa que el sistema inmunitario de las poblaciones completamente "vacunadas" se había*** degradado ***en un 25% más en solo 13 días, y solo les quedaba el último 26% de su sistema inmunológico para*** combatir ***infecciones como bacterias, virus y parásitos, y prevenir el desarrollo de ciertos tipos de cáncer***.

Éste es un número promedio equiparado para toda la población en su conjunto, lo que significa que hay resultados mucho mejores para algunos y mucho peores para otros. Por lo tanto, ***tener un*** rendimiento ***promedio del sistema inmunitario tan bajo como -74% entre la población completamente "vacunada" en su conjunto, significa que es muy probable que hubiera muchas más personas en Nueva Zelanda en comparación con Inglaterra que ya en ese momento habían llegado al punto de*** no retorno ***y, lamentablemente, habían desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida inducido por la "vacuna" antiCovid-19***.

Los datos del Ministerio de Salud de Nueva Zelanda muestran que ***los "vacunados" con 3 dosis son más vulnerables a la infección y hospitalización por Covid que los no "vacunados***". Un vídeo resumen publicado el 2 de abril de 2022 por Grant Dixon muestra a través de una serie de gráficos cómo los efectos de los refuerzos han desaparecido rápidamente en Nueva Zelanda.

En abril, Nueva Zelanda estaba experimentando un número récord de muertes por Covid-19 a pesar de que millones ahora están doble o triplemente "vacunados" contra el supuesto virus. Pero no eran ***los no "vacunados" los que contraían el virus, ocupaban camas de hospital y morían con la supuesta enfermedad***. El Ministerio de Salud de Nueva Zelanda ha confirmado que la población "vacunada" representó un 79% de los casos, 81% de las hospitalizaciones y 81% de las muertes entre el 24 de marzo y el 21 de abril de 2022.

El Ministerio de Salud de Nueva Zelanda (NZ MoH) ha estado publicando un diario 'Covid-19: Case Demographics' desde agosto de 2021, y en él confirman el número de casos de Covid-19 y hospitalizaciones por estado de "vacunación". Sin embargo, a partir de mediados de marzo de 2022 finalmente también incluyeron el número de muertes por Covid-19 por estado de "vacunación".

Aquí está la tabla tomada del informe del 22 de abril que muestra la cantidad de casos y hospitalizaciones por estado de "vacunación" en Nueva Zelanda entre el 16 de agosto de 2021 y el 21 de abril de 2022.

Y aquí está la tabla que muestra la cantidad de muertes por Covid-19 por estado de "vacunación" en Nueva Zelanda desde el comienzo de la pandemia. La primera muerte se registró el 29 de marzo de 2020.

La tabla anterior revela que desde el 16 de agosto hasta el 21 de abril de 2022, ***la población no "vacunada" representó el 21% de los casos de Covid-19 y el 26% de las hospitalizaciones por Covid-19. Lo que significa que la población "vacunada" representó el 79% de los casos de Covid-19 y el 74% de las hospitalizaciones por Covid-19***.

La segunda tabla revela algo mucho peor. El Ministerio de Salud de Nueva Zelanda no deja muy claro qué parámetro de fecha han utilizado para las muertes proporcionadas, pero una simple mirada a 'Nuestro mundo en datos' revela que desde el comienzo de la pandemia en marzo de 2022 hubo 610 muertes por Covid-19 en Nueva Zelanda hasta el 21 de abril de 2022.

Por tanto, lo que revela este dato es que ***desde el mismo comienzo de la pandemia hasta abril del 22, los no "vacunados" solo habían supuesto el 23% de todas las muertes por Covid-19 que se habían producido, mientras que la población "vacunada" supuso el 73% de todas las muertes por Covid-19; al menos el 60% de los cuales se encontraban entre los triple "vacunados"***.

Pero esto todavía no cuenta toda la historia, porque desde finales de febrero, Nueva Zelanda comenzó a sufrir una cantidad récord de muertes por Covid-19. Superando en número a todas las oleadas anteriores de muertes en todo el país.

Desafortunadamente, el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda no nos proporciona un archivo de informes publicados anteriormente para que calculemos la cantidad de muertes por estado de "vacunación" que han ocurrido desde que comenzó esta ola récord. Pero no debemos preocuparnos, porque el regalo que es la 'Way Back Machine' nos permite encontrarlos por nosotros mismos. ***Entre el 24 de marzo y el 21 de abril del 22, la población "vacunada" representó el 79% de todos los casos de Covid-19, el 81% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 y el 81% de todas las muertes por Covid-19***.

Australia

En un artículo, el Dr. Wilson Sy analizó estadísticamente los datos de Nueva Gales del Sur ("NSW") para evaluar si las inyecciones experimentales de Covid han sido efectivas como "vacunas" para reducir la infección, la enfermedad grave y la muerte en la epidemia de NSW.

"Los datos de NSW muestran que ***las inyecciones experimentales de Covid-19 no funcionaron como "vacunas", porque no redujeron, sino que aumentaron, la infección, la enfermedad grave y la muerte. Por lo tanto, los mandatos de 'vacunación' contra la Covid-19 no se pueden hacer cumplir razonablemente con las inyecciones experimentales de Covid-19 que no funcionan como 'vacunas' efectivas***", escribió el Dr. Wilson Sy.

A continuación se presentan extractos de su artículo:

"La creencia de que las inyecciones de Covid son "95% efectivas" se ha demostrado empíricamente falsa por datos de NSW del mundo real. ***La falsa creencia se originó en los resultados de ensayos clínicos limitados*** que se consideran el "estándar de oro" de los ensayos aleatorios, doble ciego y controlados con placebo. Sin embargo, ***esos ensayos clínicos son inapropiados para las aplicaciones epidemiológicas del mundo real, porque son estáticos, no dinámicos, y no controlan muchos factores relevantes, como la demografía, la geografía y el estado de salud variable de la población***.

En vista de la fuerte evidencia, ***muchos han admitido que las inyecciones de Covid han sido ineficaces como 'vacunas'***, pero culpan del fracaso a las nuevas variantes debido a la mutación del virus con el tiempo. ***Dado que las inyecciones de Covid se desarrollaron y probaron solo contra la primera variante, nos preguntamos por qué continúan usándose para nuevas variantes cuando ya no son efectivas***.

Aunque muchos admiten que las inyecciones de Covid no reducen la infección o la transmisión, lo justifican con la afirmación falsa de que las inyecciones de Covid reducen la gravedad de la enfermedad y las muertes. ***Los ensayos clínicos de dos meses no probaron la seguridad y no comentaron sobre la seguridad de las inyecciones***, que serán evaluadas formalmente por la FDA en 2023. Mientras tanto, los datos de NSW presentados en este documento muestran que las inyecciones de Covid no son seguras según criterios tradicionales.

Ahora hay más de mil artículos publicados para explicar cómo las inyecciones de Covid pueden causar enfermedades graves y muertes, un gran número de los cuales ya se han informado a nivel mundial a las bases de datos de las autoridades sanitarias como eventos adversos. A pesar de la probable subnotificación sustancial de muertes, algunas consecuencias letales pueden capturarse en las estadísticas nacionales de mortalidad por todas las causas. Los datos australianos muestran un exceso de mortalidad significativamente mayor de 8517 muertes en 2021 después de las inyecciones de Covid frente a 1366 muertes en 2020 antes de las inyecciones.

Las inyecciones se asociaron con una peor epidemia, con mayor infección, transmisión, enfermedad grave y muerte, mostrando mayores riesgos sin un beneficio general perceptible. Por lo tanto, sin vacunas funcionales, los mandatos de 'vacunas' no pueden imponerse razonablemente a nadie, incluidos los trabajadores de la salud".

Tantos australianos "completamente vacunados" **se estaban enfermando mucho o muriendo por sus inyecciones de coronavirus de Wuhan (Covid-19) que Queensland Health** afirmaba **que ya no podía seguir el ritmo de seguimiento de datos**.

La organización pro-"vacuna" confirmó en su momento que **los "eventos adversos de vacunación" se estaban** disparando **a niveles récord, y que**

muchos casos de enfermedades inducidas por "vacunas" debían omitirse porque había demasiados de ellos para realizar un seguimiento en este momento.

"Debido a la gran cantidad de eventos adversos que se informan en todo Queensland, no podemos comunicarnos de manera rutinaria con cada informante individualmente", informó Queensland Health en su sitio web.

En Australia, a finales de agosto del 21, con un 16.65% de personas "vacunadas", todos los nuevos casos menos 1, fueron de "vacunados" (1) (2). De igual forma, seis de las siete personas que murieron en septiembre de 2021 por Covid-19 en el estado de Nueva Gales del Sur, en el este de Australia, estaban "vacunadas".

En abril del 22 se estaba registrando ***un promedio de 7 días de 72 muertes por Covid-19 todos los días. Pero durante la primera ola de Covid-19 que supuestamente azotó al país en marzo de 2020, el promedio de 7 días*** equivalía ***a no más de 4 muertes por día. Mientras tanto, las cifras oficiales del gobierno de Nueva Gales del Sur*** muestran ***que durante todo marzo de 2022, la población "vacunada" representó más de 4 de cada 5 muertes por Covid-19***.

La supuesta primera ola que azotó al país en su conjunto fue en realidad la ola menos grave. Pero luego, una segunda ola golpeó el país en agosto de 2020, que fue mucho más severa que la primera. Luego, las muertes cayeron prácticamente a cero 3 meses antes de que se administrara la primera inyección de Covid-19 en el país, y se mantuvieron prácticamente en cero hasta aproximadamente agosto de 2021.

Luego, el país experimentó una ola de muertes comparable a la ola de agosto de 2020, pero que duró mucho más y nunca disminuyó a cero. Sin embargo, podemos ver que al menos disminuyó constantemente hasta el punto en que comenzó la campaña de refuerzo, y luego podemos ver que se desató el infierno.

La ola más grande de muertes por datos ocurrió en enero de 2022, antes de caer a niveles aún más altos que cualquier otra ola anterior, pero luego volvió a aumentar dramáticamente.

La imagen es muy similar para la región de Nueva Gales del Sur, Australia, sin embargo, nunca experimentaron la segunda ola que experimentó Australia en su conjunto, y la cantidad de muertes que ocurren a partir de abril de 2022 es incluso mayor que el récord de enero/febrero del 22 que golpeó el estado australiano.

La otra diferencia entre Nueva Gales del Sur y el resto de Australia es que las muertes cayeron prácticamente a cero justo antes de la implementación del refuerzo en todo el estado. Pero luego, al igual que el resto de Australia, se desató el infierno.

El Gobierno de Nueva Gales del Sur publica un informe semanal de vigilancia de Covid-19, uno de ellos se publicó el 20 de enero de 2022, que contiene datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes por Covid-19 según el estado de "vacunación" hasta enero. El número de pacientes ingresados en el hospital y en la UCI (unidad de cuidados intensivos) en Nueva Gales del Sur (Australia) se duplicó en sólo 7 días, y ***el 96% de los ingresados en el hospital y el 90% de los ingresados en la UCI estaban totalmente "vacunados"***.

La página 8 del informe, nos muestra el número de hospitalizaciones por Covid-19 y de pacientes por Covid-19 ingresados en la UCI por estado de "vacunación", y revela que desde que supuestamente se descubrió Ómicron, hubo un total de 3022 hospitalizaciones entre todas las personas elegibles para "vacunación" (mayores de 12 años) en Nueva Gales del Sur, Australia.

De ellos, 315 no estaban "vacunados", 80 estaban parcialmente "vacunados" y 2627 estaban totalmente "vacunados" entre el 26 de noviembre del 2021 y el 8 de enero del 2022.

Estos datos muestran por sí solos que la población "vacunada" representaba el 90% de las hospitalizaciones en Nueva Gales del Sur, Australia, desde el 26 de noviembre de 2021.

Sin embargo, mirando el informe de vigilancia de Covid-19 de las semanas anteriores, podemos calcular cuántas personas fueron hospitalizadas entre el 2 de enero y el 8 de enero de 2022.

Según el informe de vigilancia de Covid-19 de NSW publicado el 13 de enero de 2022, hubo un total de 1578 hospitalizaciones por Covid-19 entre el 26 de noviembre de 21 y el 1 de enero de 2022.

De ellos, 251 no estaban "vacunados", 47 estaban parcialmente "vacunados" y 1280 estaban totalmente "vacunados" entre el 26 de noviembre de 21 y el 1 de enero de 2022.

A continuación, podemos restar estas cifras de los totales indicados en el informe más reciente para deducir cuántas personas habían sido hospitalizadas entre el 2 de enero y el 8 de enero de 2022, un periodo de 7 días.

De este modo, encontramos que 1444 personas fueron hospitalizadas con Covid-19 entre el 2 de enero y el 8 de enero de 2022, y que el 96% de ellas estaban "vacunadas".

Sesenta y cuatro de los ingresados no habían sido "vacunados", 33 de los ingresados habían sido parcialmente "vacunados", y unos sorprendentes 1347 de los ingresados habían sido totalmente "vacunados".

Sólo este dato nos muestra que desde el 26 de noviembre del 2021, la población "vacunada" representó el 80% de todos los pacientes ingresados en la UCI con Covid-19.

Sin embargo, si volvemos a consultar el informe de vigilancia de Covid-19 de las semanas anteriores, podemos calcular cuántas personas ingresaron en el hospital entre el 2 de enero y el 8 de enero de 2022.

Según el informe de vigilancia de Covid-19 de Nueva Gales del Sur publicado el 13 de enero del 22, hubo un total de 142 pacientes con Covid-19 ingresados en la UCI entre el 26 de noviembre de 21 y el 1 de enero del 22.

A continuación, podemos restar estas cifras de los totales indicados en el informe más reciente para deducir cuántas personas habían ingresado en la UCI con Covid-19 entre el 2 de enero y el 8 de enero de 2022, un periodo de 7 días.

De este modo, encontramos que 128 personas ingresaron en la UCI con Covid-19 entre el 2 de enero y el 8 de enero de 2022, y que el 90% de ellas estaban "vacunadas".

Trece de los ingresados no estaban "vacunados", 4 de los ingresados estaban parcialmente "vacunados" y 111 de los ingresados estaban totalmente "vacunados".

Estas cifras son aterradoras si tenemos en cuenta que la pandemia nunca se desarrolló completamente en Australia antes de la introducción de la "vacuna" antiCovid-19, sin embargo parece que la pandemia recién comienza, y ***es en gran medida una pandemia de los totalmente "vacunados"***.

Los datos oficiales publicados por el Gobierno en Australia confirman que la ola récord vivida a principios de 2022, ha sido cualquier cosa menos una pandemia de no "vacunados", y en cambio muestran que ***la población completamente "vacunada" representó 4 de cada 5 casos de Covid-19, 9 de cada 10 hospitalizaciones, 9 de cada 10 ingresos en UCI y 4 de cada 5 muertes por Covid-19***. Los datos cubren información sobre Covid-19 hasta el 5 de febrero del 22, y fueron publicados el 23 de febrero por el Gobierno de Nueva Gales del Sur.

El informe contiene una gran cantidad de datos tediosos sobre Covid-19, pero la parte del informe que nos interesa específicamente se puede encontrar en la página 8, y cubre las estadísticas sobre casos de Covid-19, hospitalizaciones, ingresos en UCI y muertes por estado de "vacunación" entre el 26 de noviembre de 2021 (la fecha en que surgió Ómicron) y el 5 de febrero del 22.

La última ola que golpeó al país alcanzó su punto máximo alrededor del 4 de febrero del 22, por lo que los datos disponibles nos dicen exactamente quién representó la mayoría de los casos, hospitalizaciones y muertes en el ascenso a la cima de ese pico.

En general, hubo 713 384 casos durante este tiempo, y la población completamente "vacunada" representó un preocupante 594 427 de ellos, con 45 529 casos entre los "vacunados" con tres dosis y 551 898 entre los "vacunados" con dos dosis.

Esto significa que ***la población "vacunada" en su conjunto representó el 84% de todos los casos entre el 26 de noviembre del 21 y el 5 de febrero del 22, mientras que la población no "vacunada" representó solo el 16%***.

En total, hubo 8471 hospitalizaciones en este período, y la población totalmente "vacunada" representó un preocupante 7201 de ellas, con 554 hospitalizaciones entre los vacunados con tres dosis y 6647 hospitalizaciones entre los "vacunados" con dos dosis.

Esto significa que ***la población "vacunada" representó el 87% de todas las hospitalizaciones entre el 26 de noviembre, el 21 de noviembre y el 5 de febrero, mientras que la población no "vacunada" representó el 13%***.

837 personas ingresaron en la UCI con Covid-19 durante este tiempo, y la población completamente "vacunada" representó 699 de esos ingresos, con 60 entre los "vacunados" con tres dosis y 639 entre los "vacunados"con dos dosis.

Esto significa que ***la población "vacunada" representó el 86% de todos los ingresos en UCI covid-19 entre el 26 de noviembre, el 21 de noviembre y el 5 de febrero, mientras que la población no "vacunada" representó solo el 14%***.

Hubo 913 muertes durante este período, y la población completamente "vacunada" representó un aterrador 685 de ellos, con 72 entre los "vacunados" con tres dosis y 613 entre los "vacunados" con dos dosis.

Esto significa que ***la población "vacunada" en su conjunto representó el 78.4%, 4 de cada 5 muertes por Covid-19 entre el 26 de noviembre y el 5 de febrero del 22, mientras que la población no "vacunada" representó solo el 21.6% de todas las muertes por Covid-19***.

La población completamente "vacunada" representaba ***4 de cada 5 casos de Covid-19, 9 de cada 10 hospitalizaciones, 9 de cada 10 ingresos en UCI y 4 de cada 5 muertes de Covid-19***. Entonces, incluso a principios de febrero de 2022, las cosas ya se veían terribles para la población completamente "vacunada" en la mayor ola de Covid-19 que azotó a Australia desde que supuestamente comenzó la pandemia.

Estas terribles cifras pueden ser la razón por la que el Gobierno de Nueva Gales del Sur, hace algún tiempo decidió dejar de publicar muertes, etc. por estado de "vacunación" en su informe semanal. Pero afortunadamente, brindan una actualización diaria de Covid-19 que incluye la cantidad de muertes por Covid-19 ese día e incluso el estado de "vacunación" de las personas que fallecieron.

Aquí está la lista de todas las actualizaciones diarias entre el 1 y el 14 de marzo 22: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14).

Entre el 1 y el 14 de marzo, el Gobierno de Nueva Gales del Sur afirma que 82 personas lamentablemente perdieron la vida a causa del Covid-19, pero solo 12

de estas personas se consideraron no "vacunadas", pero incluso esto puede no haber sido cierto porque el Gobierno de Nueva Gales del Sur todavía considera que una persona no está "vacunada" dentro de los 21 días posteriores a que se le haya inyectado una inyección antiCovid-19.

La población sin dosis efectiva representó el 15% de esas muertes, mientras que la población parcialmente "vacunada" representó el 2% de las muertes. Mientras tanto, la población "vacunada" con 2 dosis representó el 48% de esas muertes y la población con 3 dosis representó el 34% de las muertes. Con solo 1 muerte registrada entre los "vacunados" con 4 dosis, representaron solo el 1% de las muertes.

En total, ***la población sin dosis efectiva*** representó ***el 14.6% de todas las muertes por Covid-19 entre el 1 y el 14 de marzo; mientras que la población "vacunada"*** representó ***el 86.4%, lo que significa que 9 de cada 10 muertes por Covid-19 en NSW, Australia se encontraban ya en ese momento entre la población "vacunada"***.

Canadá

Una investigación de los datos oficiales del Gobierno de Canadá en enero del 22, reveló que ***las personas totalmente "vacunadas" representaban 9 de cada 10 casos de Covid-19 y 7 de cada 10 hospitalizaciones y muertes por Covid-19 en todo Canadá en la ola de infecciones más reciente que azotó al país***.

Esto es a pesar de que solo 6 de cada 10 personas en Canadá estaban completamente "vacunadas"; lo que sugiere que ***las inyecciones de Covid-19 no solo no funcionan, sino que en realidad empeoran a los receptores***.

Los datos disponibles públicamente del gobierno de Ontario sobre Covid-19 ***muestran que la mayoría de las personas en los hospitales debido a Covid-19 están "completamente vacunadas"***.

Según los datos, al 7 de enero, había 1327 "casos completamente vacunados" en los hospitales, en comparación con solo 441 "casos sin vacunar". Para los "casos de vacunación parcial", había 100 personas en el hospital. De los que estaban en la UCI, había 119 "casos no vacunados", 17 "casos parcialmente vacunados" y 106 "casos completamente vacunados".

El 7 de enero, la provincia reportó 9515 casos en personas "totalmente vacunadas", en comparación con 1543 casos en las libres de "vacuna". Hubo 375 casos en los que estaban "parcialmente vacunados".

Los datos de Alberta y Quebec también muestran que la mayoría de las personas en los hospitales debido a Covid también están "completamente vacunadas".

El gobierno de Alberta enumeraba a 258 personas que tenían un estado de vacuna "completo", 19 personas con estado de "vacuna parcial" y 221 con estado de "no vacunada" como en el hospital debido a Covid.

En Quebec, había 1948 personas "completamente vacunadas" en los hospitales atribuidas a la Covid. Esto se compara con 1046 personas "no vacunadas" y 78 personas "parcialmente vacunadas" en hospitales debido a la Covid.

En todas las provincias de Canadá, ***la mayoría de los nuevos "casos" de Covid se encuentran en aquellos que están completamente inoculados***.

A pesar de que el gobierno canadiense elogia la efectividad de las inyecciones antiCovid, ***los ensayos nunca han producido evidencia de que las "vacunas" detengan la infección o la transmisión. De hecho, ni siquiera pretenden reducir la hospitalización.*** el Dr. Robert Malone, inventor de la tecnología de ARNm utilizada por las "vacunas", dijo que ***son los "vacunados", no los no "vacunados", quienes son los*** "super-propagadores" ***de la supuesta enfermedad***.

Si profundizamos más:

El Gobierno de Canadá produce una actualización epidemiológica diaria de Covid-19, en la que esporádicamente brindan nuevos datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes de Covid-19 cuando lo desean. En general, las cifras oficiales de Covid-19 realmente aterradoras. Los datos están disponibles como un pdf descargable aquí.

Muestran que ***la población "vacunada" dos veces en Canadá, ha perdido en promedio el*** 74% ***de la capacidad de su sistema inmunológico, y la población "vacunada" con 3 dosis, ha perdido en promedio el*** 73% ***de la capacidad de su sistema inmunológico en comparación con el sistema inmunológico natural de las personas no "vacunadas"***.

Se ha hecho tanto daño que las cifras muestran que ***la población con doble "vacunación" tiene en promedio*** 3.8 veces ***más probabilidades de infectarse con Covid-19 y*** 3.3 veces ***más probabilidades de morir de Covid-19 que la población no "vacunada"***.

Pero es aún peor ***para la población "vacunada" con 3 dosis*** en términos de su riesgo de muerte. Las cifras oficiales muestran que ***tienen en promedio*** 3.7 veces ***más probabilidades de infectarse con Covid-19 pero*** 5.1 veces ***más probabilidades de morir de Covid-19 que la población no "vacunada"***.

Por lo tanto, estas cifras sugieren que ***tanto la población "vacunada" doble como triplemente en Canadá, ha sufrido tanto daño en su sistema inmunológico por las inyecciones antiCovid-19 que han*** desarrollado ***el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida***.

La página 20 en adelante del pdf contiene datos sobre casos de Covid-19, hospitalizaciones y muertes desde el comienzo de la campaña de "vacunación" de Covid-19 en Canadá el 14 de diciembre de 20 hasta el 27 de febrero de 22. Gracias al obsequio de la 'WayBackMachine', podemos ver los informes anteriores de la actualización epidemiológica diaria sobre Covid-19 del Gobierno de Canadá para deducir quién representa realmente la mayoría de estas muertes, hospitalizaciones y casos.

Aquí están las tablas del 30 de enero, 6 de febrero, 13 de febrero, 20 de febrero y 27 de febrero ((1) (2) (3) (4) (5)), los informes de actualización diaria de epidemiología sobre Covid-19 del gobierno de Canadá que muestran el número de casos, hospitalizaciones y muertes por estado de "vacunación" desde tan atrás como 14 de diciembre de 2020, así como el tamaño total de la población de cada grupo de "vacunas" en el momento de cada informe:

Ahora todo lo que tenemos que hacer es realizar una simple resta para deducir quién representó la mayoría de los casos de Covid-19 y cuándo. La gráfica muestra el número total de casos de Covid-19 por semana por estado de "vacunación" en Canadá entre el 31 de enero de 22 y el 27 de febrero de 22. Como se puede observar, la población no "vacunada" representó la menor cantidad de casos cada semana, y disminuyó semana tras semana de 6932 en la semana que terminó el 6 de febrero a 2993 en la semana que terminó el 27 de febrero.

La población de Canadá es de aproximadamente 38.01 millones. Por lo tanto, según las cifras proporcionadas por el Gobierno de Canadá en las tablas anteriores, hay un gráfico que muestra el tamaño de la población por estado de vacunación en Canadá cada semana entre el 31 de enero y el 27 de febrero de 22.

El tamaño de la población no "vacunada" se deduce simplemente restando el tamaño total de la población de quienes recibieron al menos una dosis de la "vacuna" contra la Covid-19 en Canadá del tamaño total de la población de 38.01 millones. El tamaño de la población doblemente "vacunada" se deduce simplemente restando el tamaño de la población triplemente "vacunada" del tamaño total de la población de aquellos que han recibido al menos dos dosis en Canadá.

Como se puede observar, el tamaño de población más grande es en realidad la población no "vacunada", que cayó de 13.31 millones en la semana que finalizó el 6 de febrero a 13.11 millones en la semana que finalizó el 27 de febrero. Mientras que la población triplemente "vacunada" aumentó de 10.9 millones en la semana que finalizó el 6 de febrero a 12.9 millones en la semana que terminó el 27 de febrero.

Entonces, ¿por qué hay tantos más casos entre la población con doble y triple "vacunación" cuando tienen un tamaño de población más pequeño que los no "vacunados" y han tenido una "vacuna" que supuestamente reduce su riesgo de contraer Covid-19?

La respuesta es obvia. Se debe a que ***las "vacunas" contra la Covid-19* dañan *el sistema inmunitario y aumentan las probabilidades de que los receptores* contraigan *la Covid-19***.

El gráfico muestra la tasa de casos de Covid-19 por cada 100 000 personas por estado de "vacunación" en Canadá por semana entre el 31 de enero y el 27 de febrero de 22. La tasa de casos se deduce dividiendo primero el tamaño total de la población de cada grupo de "vacunas" por 100 000. Luego, el número de casos en cada grupo de "vacunas" se divide por la respuesta a la ecuación anterior para calcular la tasa de casos.

ej. –

13.31 millones / 100 000 = 133.1

6932 casos / 133.1 = 52.08 casos por 100 000 personas

Como se puede observar, la tasa de casos fue astronómicamente más alta entre los "vacunados" con 2 y 3 dosis desde al menos el 31 de enero de 22. Ahora que conocemos las tasas de casos, podemos usar la fórmula de efectividad de la "vacuna" de Pfizer para calcular el Covid-efectividad real de la "vacuna" entre las poblaciones doblemente "vacunadas" y triplemente "vacunadas".

Esa fórmula es -

Tasa de casos no "vacunados" – Tasa de casos "vacunados" / Tasa de casos no "vacunados" x 100 = % de efectividad de la "vacuna"

El gráfico muestra la efectividad de la "vacuna" Covid-19 en el mundo real en Canadá entre la población "vacunada" con 2 y 3 dosis según las tasas de casos anteriores.

En la semana que finalizó el 6 de febrero, ***la* efectividad *de la "vacuna" en el mundo real entre los "vacunados" con 2 dosis fue un -221.16%. Pero para la semana que terminó el 27 de febrero, esto había* caído *aún más a -276.16%***.

A la población "vacunada" con 3 dosis, aunque le estaba yendo un poco mejor, vio una disminución mucho más pronunciada. En la semana que finalizó el 6 de febrero, ***la* eficacia *de la "vacuna" en el mundo real entre los "vacunados" con 3 dosis fue de -197.79%. Pero para la semana que terminó el 27 de febrero, esto había* caído *a -269.87%***.

Esto significa que, ***en promedio, la población doblemente "vacunada" tiene* 3.8 veces *más probabilidades de contraer Covid-19 que la no "vacunada", y la población triplemente "vacunada" tiene* 3.7 veces *más probabilidad de contraer Covid-19 que la no "vacunada"***. Pero la eficacia de la "vacuna" no es realmente una medida de una "vacuna", es una medida del rendimiento del

sistema inmunitario del receptor de la "vacuna" en comparación con el rendimiento del sistema inmunitario de una persona no "vacunada".

El gráfico muestra el rendimiento del sistema inmunitario de los "vacunados" con 2 y 3 dosis en todo Canadá frente al rendimiento del sistema inmunitario natural de la población no "vacunada". El rendimiento del sistema inmunitario se calcula utilizando un cálculo ligeramente diferente al utilizado para equiparar la eficacia de la "vacuna", que es el siguiente:

Tasa de casos de no "vacunados" – Tasa de casos de "vacunados" / LA MAYOR DE YA SEA la tasa de casos de no "vacunados" O la tasa de casos de "vacunados" X 100 = % de rendimiento del sistema inmunitario

Estas cifras muestran que ***el canadiense promedio con doble "vacunación" ya en esas fechas había perdido el*** 73.42% ***de la capacidad de su sistema inmunitario, lo que significa que le quedaba el último*** 26.58% ***de su sistema inmunitario para combatir ciertas clases de virus y ciertos tipos de cáncer, etc. Pero desafortunadamente, la tercera inyección no*** mejoró ***las cosas porque estas cifras muestran que el canadiense promedio que recibió la triple "vacuna" perdió el*** 72.96% ***de la capacidad de su sistema inmunitario, lo que significa que le quedó el último*** 27.04% ***de su sistema inmunitario***.

Es perfectamente plausible suponer que aquellos que recibieron la "vacuna" primero ahora sufrirán una degradación del sistema inmunológico mucho más severa que aquellos que acaban de recibir su segunda o tercera dosis. Y según las cifras oficiales sobre muertes, muchos canadienses "vacunados" doble y triplemente hace tiempo que han superado la barrera de rendimiento del sistema inmunitario de menos del 90% incluso del 100%, lo que significa que esencialmente ***han desarrollado alguna nueva forma de Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, inducida por la "vacuna"***.

SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es el nombre que se usa para describir una serie de infecciones y enfermedades potencialmente mortales que ocurren cuando su sistema inmunológico ha sido severamente dañado.

Las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida tienen un mayor riesgo de desarrollar ***ciertos tipos de cáncer y de infecciones que generalmente ocurren solo en personas con un sistema inmunitario débil***.

Un estudio de datos oficiales publicado por el Gobierno de Canadá encontró en mayo del 22, que ***las personas "vacunadas" triplemente tienen cuatro veces más probabilidades de infectarse con Covid-19, 2 veces más probabilidades de ser hospitalizadas con Covid-19 y 2 veces más probabilidades de morir de Covid-19 que las personas no "vacunadas"***.

Los triple "vacunados" habían perdido ***el 75% de su capacidad para combatir infecciones, el 45% de su capacidad para*** prevenir ***la hospitalización y el 50% de su capacidad para prevenir su*** muerte ***en***

comparación con la capacidad del sistema inmunológico de la población no "vacunada".

Tanto los datos de infección como los de muerte parecen sugerir que ***cuantas más dosis tenga, más daño causará a su sistema inmunológico***.

Los datos del mundo real no mienten. La inyección antiCovid-19 ***hace que los receptores tengan más*** probabilidades ***de infectarse con Covid-19, más*** probabilidades ***de ser hospitalizados con Covid-19 y más probabilidades de morir a causa de Covid-19***.

Como ya he mencionado anteriormente, una de las razones por las que esto podría estar ocurriendo es que ***las inyecciones contra Covid-19 están*** causando ***una enfermedad mejorada asociada a la "vacuna" y una mejora dependiente de anticuerpos. Hay otra condición que*** explicaría ***el mayor riesgo de infección, así como el mayor riesgo de hospitalización y muerte, y esa condición es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*** (SIDA):

La investigación intensiva realizada por expertos en salud a lo largo de los años ha sacado a la luz las crecientes preocupaciones sobre la "Mejora dependiente de anticuerpos" (ADE), un fenómeno en el que las vacunas empeoran la enfermedad al preparar al sistema inmunitario para una reacción exagerada potencialmente mortal.

ADE puede surgir de varias formas diferentes, pero la más conocida se conoce como la "vía del caballo de Troya". Esto ocurre cuando los anticuerpos no neutralizantes generados por una infección o vacunación pasada no logran neutralizar al patógeno tras una nueva exposición.

En cambio, actúan como una puerta de entrada al permitir que el virus ingrese y se replique en células que generalmente están fuera de los límites (generalmente células inmunitarias, como macrófagos). Eso, a su vez, puede conducir a una mayor diseminación de la enfermedad y respuestas inmunitarias hiperreactivas que causan una enfermedad más grave.

Las enfermedades potenciadas asociadas a la vacuna (VAED, por sus siglas en inglés) son presentaciones modificadas de infecciones clínicas que afectan a personas expuestas a un patógeno de tipo salvaje después de haber recibido una vacunación previa contra el mismo patógeno. Mientras que la enfermedad respiratoria aumentada asociada a la vacuna (VAERD, por sus siglas en inglés) se refiere a una enfermedad con afectación predominante de las vías respiratorias inferiores.

Las respuestas mejoradas se desencadenan por intentos fallidos de controlar el virus infectante, y el VAED generalmente se presenta con síntomas relacionados con el órgano objetivo del patógeno de la infección. Según los científicos, la VAED se presenta como dos inmunopatologías diferentes, la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) y la hipersensibilidad asociada a la vacuna (VAH).

La mejora dependiente de anticuerpos ciertamente explicaría ***por qué la población "vacunada" tiene el doble de probabilidades de ser hospitalizada y morir de Covid-19 que la población no "vacunada", pero hay otra posibilidad que*** explicaría ***por qué los "vacunados" tienen hasta cinco veces más probabilidades de estar contagiado de Covid-19***.

Otra condición extremadamente grave que explicaría la mayor tasa de casos así como la mayor tasa de hospitalización/muerte es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Es un error común pensar que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) solo es causado por el virus del VIH. Esto simplemente no es cierto.

La inmunodeficiencia adquirida (o secundaria) es una de las principales causas de infecciones en adultos. Estos trastornos de inmunodeficiencia afectan su sistema inmunológico en forma parcial o total, lo que convierte a su cuerpo en un blanco fácil para varias enfermedades e infecciones.

Cuando los trastornos de inmunodeficiencia afectan su sistema inmunológico, su cuerpo ya no puede combatir las bacterias y las enfermedades.

Varios factores ambientales pueden causar trastornos de inmunodeficiencia secundaria.

Algunos comunes son:

Radiación o quimioterapia, que pueden provocar un trastorno de inmunodeficiencia secundario conocido como neutropenia

Las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden provocar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Leucemia, un cáncer que comienza en las células de la médula ósea y que puede provocar hipogammaglobulinemia, un tipo de inmunodeficiencia secundaria.

Desnutrición, que afecta hasta al 50% de la población en países subdesarrollados y deja a las personas vulnerables a infecciones respiratorias y diarrea.

Pero algunas de las causas menos comunes incluyen drogas o medicamentos.

Por lo tanto, ***es perfectamente*** posible ***que un medicamento o droga cause el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y los datos publicados por el Gobierno de Canadá*** sugieren ***que las inyecciones de Covid-19 deberían agregarse a la lista***.

De igual forma, los datos oficiales del Gobierno de Canadá muestran que ***la población "vacunada" en su conjunto ha representado 4 de cada 5 casos, hospitalizaciones y muertes de Covid-19 desde el 21 de febrero de 2022 hasta el 17 de abril. Pero también*** muestra ***que las tasas de***

casos/hospitalización/muerte por cada 100 000 habitantes han sido más altas entre los "vacunados" triples durante el mismo período de tiempo.

Tan alto que nuevos datos muestran que ***los "vacunados" triples tienen en promedio 4 veces más probabilidades de infectarse con Covid-19, 2 veces más probabilidades de ser hospitalizados con Covid-19 y 3 veces más probabilidades de morir de Covid-19 que los no "vacunados***". Como sugieren fuertemente estos datos, ***las inyecciones contra Covid-19 empeoran a los receptores y causan la enfermedad mejorada asociada a la vacuna (VAED) y la mejora dependiente de anticuerpos (ADE)***. Pfizer lo admitió en un informe publicado en abril de 2021 (tabla 5 página 11).

Como sabemos, el Gobierno de Canadá produce una actualización epidemiológica diaria de Covid-19, en la que esporádicamente brindan nuevos datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes de Covid-19 cuando lo desean. La siguiente tabla se tomó de su actualización del 14 de junio del 22, que podemos encontrar aquí y aquí, y muestra el número de casos, hospitalizaciones y muertes por estado de "vacunación" hasta el 29 de mayo de 2022. El gobierno de Canadá está tratando de engañar al público al proporcionar un recuento de casos, hospitalizaciones y muertes que se remonta al 14 de diciembre de 2020. Al hacerlo, pueden incluir una gran ola que ocurrió en enero de 2021 cuando solo el 0.3% de la población de Canadá se consideraba completamente "vacunada".

La siguiente tabla se tomó de un informe publicado a principios de marzo de 2022 y muestra el número de casos, hospitalizaciones y muertes por estado de "vacunación" entre el 14 de diciembre de 2020 y el 13 de febrero de 2022.

Ahora, todo lo que tenemos que hacer es realizar una simple resta para deducir quién está dando cuenta de la ola más reciente de casos, hospitalizaciones y muertes de Covid-19 en Canadá, y estos son los resultados:

El siguiente gráfico muestra el número de casos de Covid-19 en todo Canadá por estado de "vacunación" entre el 14 de febrero y el 29 de mayo de 22. ***La población no "vacunada"*** representó ***el 12% de los casos de Covid-19 entre el 14 de febrero y el 29 de mayo, mientras que la población "vacunada"*** representó ***el 88%, el 60% de los cuales se encontraban entre los que tienen 3 dosis***.

El siguiente gráfico muestra el número de hospitalizaciones por Covid-19 en todo Canadá por estado de "vacunación" entre el 14 de febrero y el 29 de mayo de 22. ***La población no "vacunada"*** representó ***solo el 22% de las hospitalizaciones, mientras que la población "vacunada"*** representó ***el 78%, el 63% de los cuales se encontraban entre los que tienen 3 dosis.***

El siguiente gráfico muestra el número de muertes por Covid-19 en todo Canadá por estado de "vacunación" entre el 14 de febrero y el 29 de mayo de 22. ***La población no "vacunada"*** representó ***solo el 23% de las muertes, mientras que la población "vacunada"*** representó ***el 77%, el 70% de los cuales se encontraban entre los que tienen 3 dosis.***

A pesar de que el gobierno de Canadá claramente intenta desesperadamente ocultarlo, hemos comprobado que ***el 88% de los casos, el 78% de las hospitalizaciones y el 77% de las muertes se registraron entre la población completamente "vacunada" entre el 14 febrero y 29 de mayo de 2022***.

Ahora veamos una cosa "curiosa":

A pesar de que supuestamente él mismo recibió ***tres dosis de la "vacuna"***, el primer ministro de Canadá, Justin Trudeau, supuestamente ***dio positivo por Covid-19 por segunda vez*** el 13 de junio de 2022.

Trudeau dijo que solo se sentía bien porque había recibido sus vacunas e instó a todos los demás a "vacunarse" o reforzarse. Sin embargo, a juzgar por los datos oficiales del Gobierno de Canadá, en realidad es increíblemente afortunado de no haber sido hospitalizado o haber perdido la vida si realmente ha sido "vacunado". Porque ***durante el último mes, 9 de cada 10 muertes por Covid-19 en Canadá ocurrieron entre los completamente "vacunados", y 4 de cada 5 de esas muertes fueron entre los que recibieron la triple punción***.

El gráfico muestra el número de casos de Covid-19 en todo Canadá por estado de "vacunación" entre el 1 de mayo y el 5 de junio de 2022. Canadá registró 127 262 casos de Covid-19 entre el 1 de mayo y el 5 de junio de 2022, y 118 826 de esos casos se encontraban entre la población "vacunada". Con 4381 casos entre los parcialmente "vacunados", 40 327 casos entre los doble "vacunados" y 74 118 casos entre los triple "vacunados".

Esto significa que ***la población no "vacunada" representó el 7% de los casos de Covid-19 entre el 1 de mayo y el 5 de junio de 2022, mientras que la población "vacunada" representó el 93%, el 58% de los cuales se encontraban entre los inoculados tres veces.***

El gráfico muestra el número de hospitalizaciones por Covid-19 en todo Canadá por estado de vacunación entre el 1 de mayo y el 5 de junio de 2022. En el espacio de 5 semanas, los hospitales de Canadá sufrieron una afluencia de 7625 pacientes con Covid-19, y 6560 de ellos fueron "vacunados". Con 242 hospitalizaciones entre los parcialmente "vacunados", 1728 hospitalizaciones entre los doble "vacunados" y 4590 hospitalizaciones entre los inoculados tres veces.

Esto significa que ***la población no "vacunada" representó solo el 14% de las hospitalizaciones, mientras que la población "vacunada" representó el 86%, el 70% de los cuales se encontraban entre los que tenían 3 dosis***.

El gráfico muestra el número de muertes por Covid-19 en todo Canadá por estado de "vacunación" entre el 1 de mayo y el 5 de junio de 2022. Durante estas 5 semanas, hubo 1707 muertes por Covid-19 en todo Canadá y la población "vacunada" representó 1472 de ellas. Con 41 muertes entre los "vacunados"

parcialmente, 318 muertes entre los "vacunados" doblemente y 1113 muertes entre los "vacunados" triplemente.

Esto significa que ***la población no "vacunada" representó solo el 14% de las muertes, mientras que la población "vacunada" representó el 86%, el 76% de los cuales se encontraban entre los que tenían 3 dosis***.

Por otro lado, una respuesta a una solicitud bajo Libertad de información ("FoI") en Canadá mostró que ***el uso del producto inyectable Covid-19 tiene una respuesta a la dosis: más dosis = más casos = más hospitalizaciones = más muertes***.

El 1 de junio de 2022, la Oficina del Viceministro de Salud y Bienestar de Nueva Escocia respondió a un FoI que se les envió el 2 de mayo de 2022.

Esto es lo que dijo al respecto la Dra. Jessica Rose:

"Vea los gráficos de barras que transcribí de las tablas enumeradas en el documento. Contemos los 'casos' como marcador de la eficacia de los productos. ***Si estos productos inyectables antiCovid-19 fueran efectivos para reducir las tasas de transmisión, la frecuencia de notificación de casos*** disminuiría ***al aumentar la distribución de los productos***. Lo que vemos claramente a partir de estos datos que se solicitó la libertad de información, es que ***la frecuencia de los informes de casos está proporcionalmente relacionada con la dosis → más dosis = más casos. Ésta es la definición de un producto ineficaz con respecto a la reducción de la transmisión y es una 'VACUNA' FALLIDA***.

Consideremos las 'hospitalizaciones' como efectividad también, pero esta vez, usémoslo para evaluar si las inyecciones contra Covid-19 redujeron o no la probabilidad de terminar en el hospital. Lo que vemos claramente nuevamente a partir de estos datos sin procesar es ***que el número de hospitalizaciones está*** proporcionalmente relacionado ***con la dosis → más dosis = más hospitalizaciones. Ésta es la definición de un producto*** ineficaz ***con respecto a la reducción de la gravedad de los síntomas y es una 'VACUNA' FALLIDA***.

Consideremos las 'muertes' como el peor resultado de un producto destinado a promover la longevidad, la vitalidad y la salud. Lo que vemos claramente nuevamente a partir de estos datos sin procesar, aunque menos poblados que los conjuntos de datos de casos y hospitalizaciones, es que ***el número de muertes está proporcionalmente relacionado con la dosis → más dosis = más muertes***. El peor resultado logrado. ***Ésta es la definición de un fracaso colosal de una vacuna con respecto a la reducción de muertes***".

Estados Unidos

En Estados Unidos, a principios de septiembre del 21, con el 50.80% de sus ciudadanos con la pauta completa, a día 31 de julio del 21, tenían 125 682 personas "vacunadas" contagiadas en 38 estados, de las cuales, 1400 murieron.

Datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) mostraban que ***los condados de Estados Unidos en peores condiciones para los nuevos casos del coronavirus de Wuhan (Covid-19) eran aquellos con las tasas más altas de "vacunación"***.

En 500 condados donde del 62 al 95% de la población había sido inyectada con la "vacuna", se detectaron más de 75 nuevos "casos" de la enfermedad por cada 100 000 residentes. Por el contrario, en 500 condados donde solo entre el 11 y el 40% de la población había recibido la inyección, solo se detectaron 58 casos por cada 100 000 residentes.

Los condados menos "vacunados" tendían a ser mucho más pequeños, con una población promedio de menos de 20 000. Los condados más "vacunados" tenían una población promedio de más de 330 000. Sin embargo, los condados más poblados no tenían más probabilidades de tener tasas de casos más altas. ***Incluso al comparar condados de tamaño similar, los más "vacunados" tendían a tener tasas de casos más*** altas ***que los menos "vacunados"***.

La disparidad en el número de casos entre las áreas más "vacunadas" y menos "vacunadas" del país se observa de manera más prominente en los condados más pequeños con entre 100 000 y 200 000 residentes. En estas áreas, los casos fueron más de un 200% más altos en los más "vacunados" en comparación con los menos "vacunados".

En los condados con 500 000 a un millón de residentes, la disparidad fue la más baja con un 19% más de casos en las áreas más "vacunadas" en comparación con las áreas menos "vacunadas".

En los condados más grandes con un millón de habitantes o más, aquellos con las tasas de "vacunación" más altas tenían aproximadamente un 27% más de casos de Covid que los condados con las tasas de "vacunación" más bajas.

Y finalmente, en los condados con entre 200 000 y 500 000 habitantes, los más "vacunados" tenían aproximadamente un 55% más de casos de Covid que los menos "vacunados".

Datos recientes de Vermont muestran que **un enorme 76% de todas las muertes por coronavirus de Wuhan (Covid-19) se producían en los "completamente vacunados"**. **La tasa de "vacunación" contra el virus chino en Vermont era en ese momento del 88% entre las personas de 12 años o más**.

Maine, Massachusetts y Connecticut, **los tres estados que siguen a Vermont en términos de cumplimiento de las "vacunas", estaban experimentando un aumento similar en nuevas hospitalizaciones y muertes**.

El director de UMass Memorial Health, el sistema de salud más grande del centro de Massachusetts, admitió que **desde que el estado alcanzó lo que debería haber sido la "inmunidad colectiva" del cumplimiento casi total de la "vacuna", las hospitalizaciones por covid se habían multiplicado por 20**.

Massachusetts tenía en ese momento la quinta tasa de "vacunación" más alta del país. **Connecticut, el segundo estado más "vacunado" de Estados Unidos en aquel momento, también estaba experimentando un aumento masivo de hospitalizaciones y muertes**, tanto que la legislatura estatal extendió los poderes de emergencia del gobernador para responder a esta última "ola" del virus. El 22 de septiembre del 21, Maine, el tercer estado más "vacunado" de EE. UU., Tenía casi 90 personas en unidades de cuidados intensivos, un pico pandémico para el estado, lo que demuestra una ***correlación directa entre las altas tasas de "vacunación" y los aumentos importantes en enfermedad y muerte***.

Minnesota informó el martes 12 de octubre del 21 de una tasa de positividad de la prueba Covid-19 del 8.3%, la más alta en la era de las "vacunas" y un nivel de hospitalizaciones que no se había visto desde que se administraron las primeras inyecciones contra el coronavirus a mediados de diciembre. **Las infecciones, hospitalizaciones y muertes se estaban disparando a pesar de tener una población de adultos mayores que está "vacunada" en un 93% en ese momento**.

Según The Star Tribune: "Los casos de Covid-19 en residentes de Minnesota completamente "vacunados" han aumentado en medio del aumento de la variante Delta, que es responsable de más del 99% de las nuevas infecciones en el estado".

En otras palabras, ***cuanto más se administran los pinchazos, mayor es el número de "casos", muertes y hospitalizaciones***.

En relación a lo anterior, veamos algunos casos particulares:

En una escuela pública, ubicada en las afueras de la ciudad de Chicago, que enumeraba en su panel de control Covid al **79% de los estudiantes como completamente inoculados y al 88% de los maestros y personal como completamente "vacunados"**; ***tenían 17 casos confirmados de Covid-19 hasta el 9 de septiembre del 21, con 14 casos provenientes de personas con la pauta completa***. Estos casos se suman a las decenas de miles de historias sobre personas "vacunadas" que contraen Covid. Children's Health Defense ha planteado la posibilidad de que ***las personas que han recibido pinchazos puedan ser responsables del aumento de la infección***.

La Universidad de Duke en septiembre del 21, ya contaba con una tasa de **"vacunación" del 98% entre sus estudiantes y del 92% entre su personal**. A pesar de esto, **la universidad se enfrentó a un brote de Covid-19**.

El estricto mandato de "vacunas" de la Universidad de Cornell ha hecho poco para controlar las infecciones en la escuela, indicaban los datos en septiembre del 21. Después de la primera semana de clases allí, del 27 de agosto al 2 de septiembre, la escuela fue declarada "zona amarilla" después de que su apertura "prueba de vigilancia" reveló una alta carga de casos. Durante la semana de apertura de la escuela, ***el 95% de los que fueron evaluados habían recibido ambas inyecciones de Covid-19. A pesar de esta alta tasa, ese año notaron cinco veces más casos que durante el mismo período el año anterior***, antes de la implementación de la "vacuna", aunque más estudiantes fueron evaluados durante la primera semana de clases el año anterior (28 951 versus poco más de 27 000). La tasa de positividad en general se había duplicado, pasando del 0.45% en 2020 al 1.19% en 2021.

A pesar de tener una tasa de **"vacunación" superior al 95% por esas fechas**, la Escuela de Negocios de Harvard **se vio obligada a trasladar a sus estudiantes de primer y segundo año al aprendizaje remoto *después de un brote "sustancial" de Covid***. La situación representaba un "brote sustancial".

Por otro lado, en Estados Unidos, ***las tasas de casos y hospitalizaciones de Covid-19*** aumentaron ***entre las personas que recibieron una inyección contra la Covid-19 tras de la aparición de la supuesta variante Ómicron***, según datos publicados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Según los datos que los departamentos de salud de todo el país envían a los CDC, ***la tasa de casos de Covid-19 en personas con todas las inyecciones*** aumentó ***en más de un 1000%*** entre el 11 de diciembre de 2021 y el 8 de enero de 2022.

La tasa de casos entre los que también recibieron una dosis de refuerzo también se disparó, ***aumentando un 2400%*** entre las mismas fechas.

Italia

En abril del 22, las muertes por Covid-19 estában comenzando a aumentar nuevamente en toda Italia a pesar de que millones de personas estában siendo "vacunadas" hasta tres veces. Datos oficiales del gobierno italiano muestran que ***la población "vacunada" representaba 7 de cada 10 de esas muertes, así como 8 de cada 10 casos y hospitalizaciones, y 7 de cada 10 ingresos en la UCI***.

El Instituto Nacional de Salud de Italia publica un informe periódico de vigilancia de Covid-19, el 01 de abril se publicó uno al que se puede acceder aquí, o cuya lista completa se puede acceder aquí.

Los datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes por Covid-19 se pueden encontrar en las tablas 4a, 4b y 4c de las páginas 26, 27 y 28. La gráfica se ha recopilado de los datos encontrados en la Tabla 4A en la sección 'Diagnosi tra 25/02/2022 – 27/03/2022' y muestra el número total de casos en toda Italia por estado de "vacunación".

En total, entre el 25 de febrero y el 27 de marzo, Italia registró 1 594 849 infecciones por Covid-19, y la asombrosa cifra de 1 284 615 de ellas se produjeron entre la población "vacunada", lo que significa que ***los "vacunados" representaron el 81% de todos los casos de Covid-19 en un mes***.

Los no "vacunados" representaron 310 234 casos, los "vacunados" de una dosis representaron 36 199 casos, los "vacunados" con dos dosis representaron 329 016 casos y los "vacunados" con tres dosis representaron 919 400 casos. Esto significa que ***solo los "vacunados" con tres dosis, representaron el 58% de todos los casos de Covid-19 en toda Italia entre el 25 de febrero y el 27 de marzo***.

La gráfica, se ha recopilado de los datos encontrados en la Tabla 4B en la sección 'Diagnosi tra 11/02/22 – 13/03/22 con ospedalizzazione' y muestra el número total de hospitalizaciones en toda Italia por estado de "vacunación".

En estas 4 semanas, Italia sufrió un total de 17 536 hospitalizaciones por Covid-19, y unas impactantes 13 372 de ellas estaban entre los "vacunados". Esto significa que ***los "vacunados" representaron el 76% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 entre el 11 de febrero y el 13 de marzo de 22***.

Los no "vacunados" representaron 4164 hospitalizaciones, los parcialmente "vacunados" representaron 672 hospitalizaciones, los totalmente "vacunados" representaron 3262 hospitalizaciones y los "vacunados" de refuerzo representaron 9438 hospitalizaciones. Esto significa que ***los "vacunados" con tres dosis, por sí solos, representaron el 54% de todas las hospitalizaciones por Covid-19 en toda Italia entre el 11 de febrero y el 13 de marzo de 2022***.

La gráfica se ha recopilado a partir de los datos encontrados en la Tabla 4B en la sección 'Diagnosi tra 11/02/22 – 13/03/22 con ricovero in TI' y muestra el número total de ingresos en UCI Covid-19 en toda Italia por estado de "vacunación".

En estas cuatro semanas, desafortunadamente 907 personas ingresaron en UCI con Covid-19, pero lo que es aún más desafortunado que eso es que ***el 70% de ellas se consideraron "vacunadas"***, con 635 ingresos en UCI registrados entre la población "vacunada" en su conjunto.

Los no "vacunados" sufrieron 272 ingresos en UCI, los "vacunados" parcialmente sufrieron 40 ingresos en UCI, los totalmente "vacunados" sufrieron 157 ingresos en UCI y los "vacunados" triples sufrieron 438 ingresos en UCI. Esto significa que ***solo los "vacunados" con tres dosis representaron el 48% de todos los ingresos en la UCI Covid-19 entre el 11 de febrero y el 13 de marzo de 2022***.

La gráfica se ha recopilado a partir de los datos encontrados en la Tabla 4C en la sección 'Diagnosi tra 11/02/22 – 13/03/22 concesso', y muestra el número total de muertes por Covid-19 en toda Italia por estado de "vacunación".

Italia lamentablemente registró 3798 muertes entre el 4 de febrero y el 6 de marzo de 2022, y 2649 de esas muertes se produjeron entre la población "vacunada", ***lo que*** significa ***que representaron el 70% de todas las muertes en estas cuatro semanas***.

La población no "vacunada" representó 1149 muertes, los parcialmente "vacunados" representaron 160 muertes, los completamente "vacunados" representaron 801 muertes y los "vacunados" con refuerzo representaron 1688 muertes. Esto significa que ***los "vacunados" con tres dosis por sí solo representaron el 44.4% de todas las muertes por Covid-19 entre el 4 de febrero y el 6 de marzo de 2022***.

Como mencioné anteriormente, según el Instituto Nacional de Salud de Italia, ***la población "vacunada"*** representa ***representa 7 de cada 10 de esas muertes, así como 8 de cada 10 casos y hospitalizaciones, y 7 de cada 10 ingresos en la UCI***.

Dinamarca

Este país **reportó ya a finales de octubre del 21, su carga de casos de Covid-19 más alta desde mayo, a pesar de que más del 85% de la población mayor de 12 años estaba completamente "vacunada"**. Un total de 1349 personas en el país escandinavo dieron positivo en 24 horas, el número más alto en cuatro meses, mientras que 167 daneses fueron hospitalizados, también la cantidad más alta desde mayo. Tuvieron más de 1000 casos diarios de Covid durante una semana consecutiva.

El aumento generó preguntas sobre la eficacia de la "vacuna" y la gran cantidad de "inyecciones de refuerzo" que se necesitarán, en comparación con la protección mucho mayor que ofrece la inmunidad natural. No obstante, las autoridades danesas intentaron aprobar una ley que hubiera permitido la "vacunación" forzada de cualquier persona, con la policía utilizada para detener físicamente a las personas y sujetarlas mientras las pinchaban, pero el esfuerzo se abandonó después de protestas masivas.

Profundizando en lo anterior, la investigación de Kristoffer Torbjørn Bæk revela que ***los "vacunados" en Dinamarca representan más casos,***

hospitalizaciones y muertes que los no "vacunados" y lo han hecho durante todo el año.

Ahora que los estados de "vacunación" son lo suficientemente estables como para que la tontería de la clasificación errónea ya no interfiera con el análisis, podemos ver una imagen clara de la ineficacia de la "vacuna" Covid, comentó Joel Smalley.

En este artículo, Joel Smalley resumió y comentó los datos daneses recopilados y puestos a disposición del público por el biólogo molecular danés Kristoffer Torbjørn Bæk.

Bæk también es coautor de un estudio preimpreso publicado en medRxiv, que compara las muertes por todas las causas nórdicas.

En la semana informada (14, 2022), los triple "vacunados" (verde) están más infectados en forma proporcional que los doble "vacunados" (azul), quienes a su vez están más infectados que los no "vacunados" (naranja), en todas las edades. De hecho, ha sido así durante todo 2022 para los mayores de 20 años. Algunos dirán que los datos están distorsionados por las tasas de prueba, pero cuando se tiene en cuenta eso, las tasas de positividad por estado de "vacunación" son prácticamente idénticas en todas las edades mayores de 20 años. Evidentemente ***son los "vacunados" los que están*** atascando ***los hospitales mirando los números absolutos***.

Es la misma imagen para las muertes que para las hospitalizaciones. La pregunta candente, por supuesto, ¿habría sido peor si no fuera por la "vacuna"?

No lo parece. Las muertes por Covid (naranja) han empeorado progresivamente cada temporada desde que se implementó la "vacuna". ***Es evidente que la mortalidad por todas las causas (azul claro) es*** sustancialmente ***más alta (y en exceso) desde la "vacunación" masiva y gran parte de esa muerte no se atribuye a la propia Covid***.

Es un patrón que hemos visto literalmente en todas partes del mundo. ***La "vacuna"*** no tiene ***ningún impacto en la transmisión, la enfermedad grave o la muerte, pero la mortalidad por todas las causas es sustancialmente peor en la era posterior a la "vacuna***".

Hagamos memoria

En 2020 y 2021 los ciudadanos de buena parte del mundo, pudimos comprobar en primera persona lo "mucho" que le "importa" nuestra salud a: la mayoría de los políticos, la mayoría de los médicos y sanitarios, la mayoría de los periodistas, la mayoría de los policías y sobre todo a las farmacéuticas y a los organismos reguladores como la FDA y la EMA, sin olvidarnos de lo mucho que se han preocupado también los miembros del Foro de Davos y especialmente, algunos filántropos "altruistas".

Por nuestro bien y el de los demás, han fomentado y puesto en marcha "medidas" de "gran utilidad" para nuestra salud como: el uso de las mascarillas, el distanciamiento social, los encierros, el pasaporte Covid, el uso de geles hidroalcohólicos, o la "medida" estrella: las "vacunas" antiCovid. A la implementación de algunas de ellas, han contribuido especialmente las FCSE (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado), que "diligentemente", siempre por nuestro bien, atendieron a las "directrices" del Gobierno y "muy amablemente" nos "ayudaron" a "aplicarlas".

Si bien no han conseguido el objetivo de "proteger" nuestra salud, no se puede negar que lo han intentado con "pasión", supongo que como dicen, lo importante no es ganar, sino participar. Por ejemplo, en el caso de las "vacunas", por lo "mucho que les importamos" a las farmaceúticas, las prepararon en tiempo record y se tuvieron que saltar algunos pasos, se "olvidaron" de otros y "agilizaron" otros, lo cual, obviamente, fue comprendido por los organismos reguladores dado que los fabricantes, que tenían un pasado "intachable", especialmente Pfizer, les prometieron que sus productos eran totalmente seguros y efectivos, además de absolutamente necesarios y para que no tuvieran ninguna duda, también se lo "demostraron" con datos de los ensayos que eran "100% fiables".

Las "vacunas" se lanzaron para lograr alcanzar la famosa inmunidad **de rebaño** que según los "expertos", inicialmente se lograba con el 70% de la población inoculada, (posteriormente con el 80, luego con el 90 y luego con absolutamente todos inoculados), lo cual, nos permitiría alcanzar la tranquilidad, puesto que los inoculados estarían protegidos y protegerían a los demás. Sin embargo, es "muy curioso" que ni con el 70, ni con el 80, ni con el 90, ni incluso con el 100% de la población inoculada como el caso de Gibraltar, ha llegado la famosa inmunidad **de rebaño**; después de 18 meses, aún siguen buscándola. Por otro lado, parece que los inoculados, ni están protegidos ni protegen a los demás y además, lo están pasando mucho peor que los no inoculados. Pero esto, son cosas que pasan, lo importante es la intención puesto que tenemos que valorar el enorme esfuerzo de las farmaceúticas para "ayudarnos", todo lo han hecho con la "mejor de las intenciones".

Veamos lo que pasó en 2021 en distintas partes del mundo durante la "búsqueda" del tesoro de la inmunidad colectiva, principalmente, en la segunda mitad del año. Las "vacunas" ya llevaban unos 6 meses o más en el "mercado", lo cual, ya nos puede proporcionar información relevante para sacar conclusiones sobre la "evolución de los sueros" en aquel momento y también nos permite deducir si el desastre que están ocasionando en la salud de los inoculados y que estamos viendo en junio de 2022, es solo la continuación de dicha evolución o es algo momentáneo:

En Islandia, un pequeño país de 360 000 habitantes, a finales de septiembre del 21, más del 80% tenían una dosis y el 75% tenía un ciclo de "vacunación" completo. La nación estába estableciendo récords diarios de nuevas infecciones, principalmente entre los "vacunados", registró en la semana del 21 de julio 213 nuevas infecciones con picos diarios que no se habían observado durante nueve

meses, el 70% de los casos estaban completamente "vacunados" (148 personas). Las nuevas infecciones diarias habían aumentado de aproximadamente 10 a aproximadamente 120, antes de estabilizarse a una tasa más alta que el período previo a la "vacunación". Esta repentina recurrencia convenció al epidemiólogo jefe de la imposibilidad de obtener inmunidad colectiva a través de la "vacunación". "Es un mito", declaró públicamente.

En Argentina con el 17.65% de su población totalmente "vacunada" a finales de agosto del 21, 9 de cada 10 muertos por Covid en la primera mitad del 2021, eran personas "vacunadas", 43 119 muertos por Covid "vacunados".

En Bélgica, a finales de septiembre del 21, casi el 75% de la población está "vacunada" por primera vez. Y el 65% de la población tenía un ciclo de "vacunación" completo. Sin embargo, desde finales de junio de 2021, el número de nuevas infecciones diarias aumentó de menos de 500 a casi 2000. Como reconoció RTBF, frente a la variante Delta, la "vacunación" actual está lejos de ser suficiente para proteger a la población.

En una entrevista en vídeo a principios de noviembre del 21, la Dra. Kristiaan Deckers, directora médica del hospital Gasthuiezusters en Amberes (GZA), reconoció que "todos" los pacientes en cuidados intensivos en ese momento con Covid estaban "realmente vacunados".

"En este momento, aquí, de hecho, estamos viendo una gran mayoría de las llamadas infecciones innovadoras. Los pacientes que tenemos ahora en la unidad de UCI en GZA, lo revisé ayer, en realidad están todos 'vacunados'", dijo.

Se suponía que la "vacuna: experimental "protegería" precisamente a esas personas, al menos de las formas más graves de Covid-19. Y, por supuesto, nadie sabe quién los infectó.

Según la televisión nacional belga RTV.be, se estaba desarrollando una situación similar en la región de Kempen, donde la dirección del hospital general de Turnhout, Jo Leysen, dijo que cada vez más pacientes con Covid que terminan en el hospital son "vacunados". "Sé que a veces se escuchan otros rumores, pero la gran mayoría de los pacientes que estamos hospitalizando en este momento son personas 'vacunadas'", dijo.

La agencia oficial de estadísticas de salud en Bélgica, Sciensano, publicó datos que muestran que ***con el 74.4% de la población totalmente "vacunada", el 64% de los pacientes hospitalizados "debido a" Covid entre el 21 de octubre y el 3 de noviembre del 21, estaban "completamente vacunados". El estado de la "vacuna" de otro 14% de los nuevos pacientes con Covid era "desconocido". El 54% de los pacientes en la UCI durante el mismo período estaban "completamente vacunados***", según Sciensano.

En la Habana (Cuba), a finales de agosto del 21 con un 25% de la población cubana, al menos, con una dosis, el 72% de los nuevos contagios, se producían

en personas con las 3 dosis (incluso, según parece, presuntamente, estaban arrojando los cadáveres de los "vacunados" en fosas comunes).

En Singapur aún con un altísimo porcentaje de su población ya inoculada, desde el 20 de agosto de 2021 tuvieron que afrontar una reanudación exponencial de la epidemia con un aumento de los casos de unos diez en junio a más de 150 a finales de julio y 1246 casos el 24 de septiembre. Esta reaparición incontrolada de la enfermedad a pesar de la "vacunación" llevó al abandono de la estrategia de erradicación del virus por un modelo de "convivencia con el virus" tratando de tratar la enfermedad "como la gripe". Con un 63.44% "vacunado" a finales de agosto, el 75% de los nuevos contagios, se producían en "vacunados".

Aún teniendo al 80% de su población inoculada, el 27 de septiembre del 21, pusieron en marcha de nuevo las restricciones y reconocieron que era para evitar la sobrecarga de trabajo del sistema sanitario. Curiosamente, ese es el objetivo anunciado de la "vacunación", por tanto, es muy obvio ***que las "vacunas" no cumplen con el objetivo previsto; no evitan las hospitalizaciones y los síntomas más graves de la supuesta enfermedad***.

En Chile, a finales de agosto del 21, con el 64.57% de su población con la pauta completa, el 80% de los nuevos casos, se producían entre "vacunados".

En las Sheychelles, a finales de agosto del 21, con el 68% de su población totalmente "vacunada", el 37% de los nuevos contagios, se daba entre los "vacunados".

En Mongolia, a finales de agosto del 21, con el 60.51% de su población con la pauta completa, experimentaron infecciones por coronavirus, principalmente dentro de los segmentos "vacunados" de su población.

En Gibraltar, en agosto del 21 con más del 100% de su población "vacunada" completamente desde el 01 de junio, los casos Covid aumentaron en un 2500% (obviamente, esos nuevos contagios, se producían solo entre "vacunados"). Inició la "vacunación" en diciembre de 2020 cuando la agencia de salud contabilizó solo 1040 casos confirmados y 5 muertes atribuidas a Covid-19 en este país. Después de un bombardeo de "vacunación" muy completo, logrando una cobertura del 115% (la "vacunación" se extendió a muchos visitantes españoles), el número de nuevas infecciones se quintuplicó (a 5314) y el número de muertes se multiplicó por 19. El número de defunciones se multiplicó por 19, hasta llegar a 97, es decir, 2853 defunciones por millón de habitantes, que es uno de los récords de mortalidad europeos. Pero los responsables de la "vacunación" negaron cualquier vínculo causal sin proponer ninguna otra etiología plausible. Y luego de unos meses de calma, la epidemia se reanudó, confirmando que la cobertura de "vacunación" del 115% no protege contra la enfermedad.

Todos los gibraltareños estaban ya inoculados pero, a pesar de todo, se suspendieron fiestas e incluso las celebraciones de Navidad. Los datos son tan claros, que no pueden tener discusión alguna. Si había un 100% de "vacunados", ¿quién contagiaba en Gibraltar según la versión oficial?

En Extremadura, en septiembre del 21, el 85% de los fallecidos eran “vacunados". De igual forma, “El 85% de los enfermos ingresados en los hospitales de Pontevedra con Covid estaban ‘vacunados’ y dos pacientes en UCI ‘vacunados’ con la pauta completa”, reconocía el Diario de Pontevedra. Uno de los ingresados en la UCI no sólo recibió las dos dosis reglamentarias, sino también la tercera y lo mismo ocurría con la variante Ómicron: Los dos casos aparecidos al principio de esta supuesta variante en España tenían la pauta completa de "vacunación".

El 80% de los fallecidos por coronavirus en Portugal en octubre del 21 estaban totalmente “vacunados”. Se constató que en el mes de octubre (entre el 1 y el 31 de octubre de 2021) se produjeron 132 muertes (80%) en personas totalmente “vacunadas” contra la Covid-19 y 33 muertes (20%) en personas no “vacunadas” o incompletamente “vacunadas”.

En el estado de Nuevo León en Méjico, a principios de agosto del 21, con el 39.87% de la población “vacunada” con una dosis y el 21% con las dos, se informaba de 3452 contagios entre “vacunados”, de los cuales, 62 fallecieron (el Dr. Sosa afirmaba que los ingresos en UCI y los fallecimientos en las personas inoculadas estaban superando a los de aquellos NO “vacunados”. “La situación se está dando con todas las "vacunas, repito con todas las "vacunas").

En Brazil a mediados de agosto del 21, con el 24.34% de la población con la pauta completa, en un período de 5 meses, 9878 personas murierion de Covid teniendo la pauta completa y 28 660 personas “vacunadas” fueron hospitalizadas. Entre los que recibieron solo la primera de las dos dosis necesarias, 65 000 personas fueron hospitalizadas y 22 000 murieron a causa de la Covid-19.

En Malta, los casos de Covid se dispararon de 6.52 por millón el 26 de junio del 21 a 453.6 por millón el 17 de julio del 21. Cabe señalar que a los turistas no “vacunados" no se les permitió ingresar a Malta y, por lo tanto, no se les puede culpar de este brote. La mayor parte de los contagios, se daba entre “vacunados”. Era uno de los campeones europeos de las pseudovacunas: en esta isla de 500 000 habitantes se habían administrado cerca de 800 000 dosis, lo que garantizaba ya en aquel momento, una cobertura “vacunal” cercana al 84% con un retraso de unos 6 meses. Pero desde principios de julio de 2021, la epidemia comenzó de nuevo y las formas graves (fatales) fueron en aumento, lo que obligó a las autoridades a reconocer que la “vacunación” no protegía a la población y a imponer restricciones. Aquí nuevamente, ***la recurrencia de la epidemia en términos de casos y mortalidad demuestra que una alta tasa de “vacunación” no protege a la población***.

La baja tasa de mortalidad de Japón sorprendió a los “expertos” porque el gobierno de Tokio no adoptó prácticamente ninguna medida de restricción sanitaria, excepto el cierre de fronteras, que no explica nada porque, a pesar de tener a China muy cerca, los pocos casos reconocidos tuvieron un origen interno.

El país celebró los Juegos Olímpicos sin que se apreciara ningún cambio en el patrón de contagios, enfermedades o muertes. Los hospitales no se colapsaron, ni con los autóctonos ni con los foráneos.

También celebraron fiestas multitudinarias en la calle, como la de los cerezos en flor, que congrega a miles de personas en las calles.

El crucero Diamond Princess, del que ya nadie se acuerda, estaba atracado en el puerto de Yokohama al comienzo de la pandemia, es decir, que Japón tenía todos los ingredientes para haber padecido una pandemia de vastas proporciones, si la teoría fuera correcta.

Japón no ha conocido el confinamiento domiciliario y el año pasado cerró durante 112 días los negocios. Por lo tanto, si la teoría del contagio fuera correcta, el año pasado las cifras de la pandemia se hubieran disparado. No fue así.

Japón tiene una de las poblaciones más envejecidas del mundo, sin que la pandemia haya tenido ningún efecto visible entre los ancianos.

La concentración de la población y el hacinamiento en grandes ciudades también es muy elevada en Japón. Los japoneses tienen un elevado índice de consumo de tabaco, lo que no ha redundado en una enfermedad caracterizada como respiratoria.

La campaña de "vacunación" no era necesaria en absoluto.

Las explicaciones de los expertos de pacotilla son un chiste. Se han olvidado de que ***cuando los hechos no confirman una hipótesis, hay que descartarla y cambiarla por otra***.

En octubre del 21, la Oficina Federal de Estadística de Alemania ya informó una ***tasa de mortalidad en exceso del 10% por encima del valor medio de años anteriores en Alemania***.

Durante meses hubo informes cada vez mayores de la alta mortalidad en los hogares de ancianos después de las citas de "vacunación" o un aumento de pacientes en cuidados intensivos debido a la "vacunación". Sin embargo, fueron difíciles de probar, ya que se basaban principalmente en rumores y pequeñas muestras. La protección de datos y la confidencialidad médica generalmente impidieron la obtención de pruebas directas.

Pero posteriormente hubo un aumento en la mortalidad total que no se puedo negar. En aquel momento, el aumento de muertes aún no constituía una evidencia sólida porque, como señaló el experto en estadísticas Thorsten Wiethölter, faltaban datos sobre la estructura de edad para obtener conclusiones más precisas.

Además, no solo aumentó la mortalidad en Alemania desde el inicio de la campaña de "vacunación", sino que los niños y adolescentes llenaron ***cada***

vez más las unidades de cuidados intensivos de Alemania. En el Instituto Paul Ehrlich (PEI), se registraron tres muertes después de la "vacunación" y una gran cantidad de infecciones cardíacas en las primeras tres semanas después de la recomendación de STIKO para vacunar a los niños. Se dice que los tres niños que murieron en las primeras semanas después del inicio de las "vacunas" sufrieron embolias pulmonares mortales, hemorragias e insuficiencia orgánica múltiple, así como shock circulatorio.

Por otro lado, en Alemania en su momento, el 96% ***de los nuevos pacientes positivos en coronavirus aparentemente con Ómicron estaban "completamente vacunados", mientras que las personas no "vacunadas" representaron solo el*** 4% ***de las supuestas infecciones***. ***El 28% de los pacientes con Ómicron fueron "vacunados" tres veces,*** habiendo recibido las dos dosis originales más lo que se llama una dosis de "refuerzo". Según los informes, la población de Alemania estaba "vacunada" en un 71.1% en aquel momento.

Aún teniendo al **65% de la poblacion "vacunada" en aquel momento**, el canciller austriaco Alexander Schallenberg anunciaba que el cierre estaba a solo "días de distancia", ya que millones seguían sin "vacunarse" en Austria y aumentaban los nuevos casos de coronavirus de Wuhan (Covid-19).

Una vez que el 30% de las camas de cuidados intensivos estuvieran ocupadas con pacientes de Covid, los que no hubieran sido "vacunados" serían puestos en confinamiento, según los planes del gobierno. Incluso intentaron imponer la inoculación obligatoria.

Era un ejemplo claro de la "epidemia de demencia y locura" en la que han estado instalados los gobiernos desde el inicio de la supuesta "pandemia" y no conformes con las mentiras que permanentemente han soltado a la población afectada de una grave disonancia cognitiva; el gobierno austriaco, quiso prohibir a los no "vacunados" en restaurantes, teatros, remontes y proveedores de "servicios cercanos al cuerpo" como peluquerías, violando sin pudor los derechos fundamentales de los ciudadanos

En Taiwán no hubo pandemia. ***Las cifras de mortalidad se redujeron con respecto a años anteriores, por lo que el gobierno podía haber prescindido de "vacunas"***. Taiwán se inscribió en el programa Covax de la OMS y **comenzó a "vacunar" el 22 de marzo del 21.** ***En aquel momento el país no había registrado ni una docena de muertes atribuidas oficialmente al virus. Desde entonces y hasta el 6 de octubre la cifra se disparó a 846, de las que 836 son posteriores a las "vacunas", según datos oficiales del ECCC (Centro de Mando de Epidemias)***.

Hasta el 11 de octubre del 21, 4.48 millones de taiwaneses, es decir, alrededor del 19% de la población, habían sido "vacunados" en su totalidad y 13.7 millones, es decir, alrededor del 59% de la población, habían recibido una dosis. La campaña de "vacunación" se llevó a cabo con AstraZeneca, seguida posteriormente de Moderna Pfizer y Johnson & Johnson.

Cuando Taiwán inició la "vacunación" empezó a surgir una tendencia alarmante. La media más alta de "nuevos casos" antes de que se pusieran en marcha las primeras "vacunas" fue de sólo 3. El 28 de mayo del 21 la media se había disparado a 597.

Taiwán siguió el mismo recorrido que Israel. La media de "casos" en la isla no bajó de los 10 "nuevos casos" hasta septiembre. Desde entonces, **a pesar del aumento de la "vacunación", la media nunca consiguió alcanzar los niveles anteriores a la "vacunación"**. La media de siete días más baja que Taiwán ha visto desde que comenzó a "vacunar" a sus ciudadanos se registró en 5 el 5 de septiembre del 21.

De las muertes notificadas al CECC de Taiwán tras las "vacunaciones", 643 se atribuyeron a pacientes que recibieron dosis de AstraZeneca, 183 recibieron dosis de Moderna y sólo 22 recibieron la "vacuna" Medigen específica de Taiwán. Aunque se registraron como acontecimientos adversos tras la vacunación, muchos funcionarios taiwaneses respondieron al informe de la CECC afirmando que estas muertes pueden no haberse debido intrínsecamente a las vacunas. No obstante, la CECC manifestó anteriormente su posición de que las reacciones a la "vacuna" Moderna dieron lugar a acontecimientos adversos mortales.

Durante las tres semanas del 19 de noviembre al 10 de diciembre de 2021, 170 (79%) de las 215 personas que dieron positivo por Covid habían recibido previamente al menos una dosis de una inyección antiCovid.

Cualquiera puede ententender el caso de Taiwán: ***las "vacunas" no son necesarias, no son seguras y no son eficaces***.

En relación a lo anterior, si comparamos políticas antiCovid que fueran diametralmente opuestas en épocas complicadas, también podemos sacar conclusiones interesantes:

Si comparamos Suecia con Israel, Suecia tuvo un promedio de casi 90 casos por millón mientras que Israel tenía un promedio de 1218, un 1253% peor que Suecia. La comparación es aún más fuerte cuando se mira de esta manera: **entre el 10 de julio y el 7 de septiembre del 21, Suecia reportó un total de 56 muertes, mientras que Israel reportó 56 solo el 8 de septiembre**.

Por otro lado, en principio, cuando el porcentaje de inoculados fue subiendo, la cosa empeoró para Suecia, así la Agencia Sueca de Salud Pública informó que entre el 1 y el 24 de septiembre del 21, 7 de cada 10 ***muertes relacionadas con Covid, ya eran de personas completamente "vacunadas"***. Desde el inicio de la pandemia hasta esas fechas, Suecia, una nación de más de 10 millones, ya había visto 1.16 millones de casos con casi 15 000 muertes. Casi el 65% de la población sueca estaba completamente "vacunada" en aquel momento.

Si ahora comparamos en la misma época, dos países con tasas de inoculación diametralmente opuestas, también sacamos concluiones interesantes:

Si comparamos un país "supervacunado"como Israel (62% con la pauta completa en aquel momento) con otro muy cercano apenas "vacunado" como es Palestina (8.2% de la población está completamente "vacunada" en aquel momento); Israel sufrió un alto número de casos, Palestina, experimentó una caída constante.

Durante muchos meses, nuestros gobiernos y los medios de comunicación nos han estado diciendo:

"La vuelta a la vida normal será posible gracias a la vacuna".

"Recuperarás tu libertad cuando te vacunen".

"Los no vacunados son responsables de la continuación de la epidemia".

Pero hasta finales de junio del 22, todavía ningún estudio del mundo real ha proporcionado la más mínima evidencia para respaldar esta propaganda de marketing. Y el análisis de los datos oficiales de la OMS (disponibles en el panel de control de Covid de la OMS), ha sido y es perturbador.

Si nos vamos a finales del 21, después de un año de intensas campañas de "vacunación":

Ninguno de los "campeones" de la "vacunación" ya en el 21, logró eliminar el virus, ni evitar un fuerte resurgimiento de la epidemia, y muy pocos liberaron totalmente a sus pueblos "vacunados" de las medidas supuestamente liberadoras de la salud impuestas sin prueba científica de su efectividad.

Gran Bretaña es la campeona de la inyección Astra Zeneca, pero su alto nivel de "vacunación" no la ha protegido de una fuerte reanudación de la epidemia **que persistió durante meses.**

Al testificar ante los parlamentarios británicos, el profesor Sir Andrew Pollard, jefe del Grupo de Vacunas de Oxford, dijo que "***el hecho de que las 'vacunas' no detuvieran la propagación de Covid significaba que alcanzar el umbral de inmunidad global en la población era 'mítico'", agregando "con la variante Delta actual, esto no es posible"***.

Israel, el campeón de la inyección de Pfizer ya en la primavera de 2021, antes de la aparición de la variante Delta, había sido el primer país del mundo en creer que había logrado la inmunidad colectiva con la inyección. Pero su altísima tasa de inyectados no le permitió evitar una nueva ola con el ***establecimiento de un nuevo récord absoluto de contaminaciones diarias, 11000/D*****. Y la** mortalidad ***diaria siguió a pesar de las terceras inyecciones***. Este resurgimiento de la enfermedad hizo que el ministro de Salud reconociera que ***la tasa de efectividad de la inyección no superó el 39% y que solo duró unos meses***.

Recordemos que en declaraciones a Channel 13 TV News el 5 de agosto de 2021, el Dr. Kobi Haviv, director médico del Hospital Herzog en Jerusalén, dijo que "***el 85-90% de las hospitalizaciones son de personas completamente 'vacunadas'" y "el 95% de los pacientes graves están 'vacunados'"."Destruyendo la propaganda de la vacuna alegando que la vacuna protegería contra formas graves***".

Holanda incluso cuando llegaron al 75% de su población "vacunada", se encontraron con un récord ***absoluto de contaminaciones diarias (12 000 casos por día)***, lo que les hizo plantearse nuevas medidas restrictivas.

Una vez más, la "vacunación" ha demostrado ser incapaz de proteger a la población. El 13 de noviembre del 21, el Dr. Kuipers, especialista en cuidados intensivos, declaró: "Se ha sugerido la inmunidad colectiva. ¡Olvídalo!". "Ahora estamos trabajando con varios escenarios. Siempre habrá una gran cantidad de pacientes con corona. Con un número considerable de pacientes, realmente necesitamos organizar la atención de manera diferente a largo plazo. Aumentar la capacidad del hospital para acomodar a todos los pacientes con Covid-19 y de atención regular".

Alemania en julio del 21 ya había inyectado al 58% de su población al menos con una dosis , pero este éxito de las ventas de pseudo "vacunas" no evitó una fuerte reanudación ***de la epidemia en ese mes con un crecimiento exponencial desde septiembre llegando a un número de contaminaciones diarias (36 000) que superaron ampliamente los registros de antes de la "vacunación"***.

"Desafortunadamente, no puedo imaginar en este momento que logremos la inmunidad colectiva", dijo K. Lauterbach, un experto en salud de los socialdemócratas de centro izquierda (SPD).

Por otro lado, el promedio móvil de siete días de nuevos "casos" del coronavirus de Wuhan (Covid-19) aumentó en Alemania a pesar de que el país tenía uno de los mandatos de mascarillas más estrictos del mundo.

El Dr. Eli David, un especialista en inteligencia artificial (IA) y "aprendizaje profundo", tuiteó una imagen que muestra un pico parabólico en nuevos casos de gripe Fauci a partir de principios de noviembre, justo cuando millones de personas se estaban "vacunando".

Si bien el número de casos semanales oscilaba entre 0 y 36 000 como máximo a lo largo de la plandemia, noviembre vio un aumento meteórico a más de 60 000 casos, básicamente fuera de serie.

"Gracias a su draconiano pasaporte Covid y el mandato de mascarilla más estricto del mundo, Alemania finalmente aplanó la curva, pero en el eje equivocado", bromeó David.

En noviembre del 21 con un 67.1% de la población inoculada, las hospitalizaciones seguían aumentando en Alemania. En enero del 22 con un 72.5% de la población "vacunada", debatían la obligatoriedad de la "vacuna" en pleno récord de contagios, con 200 000 casos en 24 horas.

Si lo que dijo Tony Fauci sobre la "inmunidad colectiva" es cierto, entonces Alemania debería de haber estado libre de Covid. En cambio, Alemania presentaba ya en esa época, una de las peores tasas de casos del mundo.

Cerca de Alemania geográficamente, tenemos un país que presentaba una situación similar: Austria, que se convirtió en el primer país del mundo en imponer los sueros a sus ciudadanos. Intensos mandatos de mascarillas y altas tasa de inoculación, incluso a la fuerza, solo llevan al desastre.

Parece haber una correlación directa ***entre obligar a las personas a bloquear sus vías respiratorias y tomar "vacunas" falsas y mayores tasas de enfermedad y muerte***.

Singapur era el campeón de Asia de la "vacunación" pseudo-Covid con aproximadamente el 90% de la población inyectada bastante antes del alcanzar el final del 21. Pero este éxito en el número de inyecciones **no le impidió sufrir un verdadero** tsunami **de contaminaciones *con un número 4 veces superior al pico de preinyección***.

El jueves 19 de agosto de 2021, en una conferencia múltiple del grupo de trabajo del ministerio, el ministro de Finanzas, Lawrence Wong, advirtió: "Singapur no logrará la inmunidad colectiva durante la pandemia a pesar de su alta tasa de 'vacunación' contra Covid-19". "El camino para convertirse en una nación resistente a Covid será una tarea larga y difícil. ***Incluso con tasas de 'vacunación' muy altas, no lograremos la inmunidad colectiva***".

Tikki E. Pangestu, experto en enfermedades infecciosas y profesor invitado en la Escuela de Medicina NUS Yong Loo Lin en Singapur, dijo: "***Lograr una inmunidad colectiva del 95% a Delta es un mito***. Con la variante Delta ahora dominante en la mayoría de los países, el objetivo debería ser la inmunidad a las enfermedades o la prevención de enfermedades graves y la muerte por el virus".

Corea del Sur superaba el 80% de la tasa de "vacunación" bastante antes del final del 21. En junio, los medios de comunicación coreanos se alegraron de que la inmunidad colectiva estuviera a su alcance. Incluso afirmaron que "se lograría para el 5 de noviembre". El portavoz del Ministerio de Salud, Son Young-rae, advirtió que: "**Incluso después de que se logre la inmunidad colectiva en noviembre, seguirán siendo necesarias mascarillas faciales y otras medidas de seguridad**".

Pero en octubre del 21, su espejismo se desvaneció, **la epidemia explotó y también la mortalidad**. **El número diario de** infecciones **aumentó a 2.5 veces el del pico de la epidemia antes de la "vacunación" (2600 frente a 1000) y siguió la** mortalidad.

Esto, una vez más, ***demuestra que las "vacunas" no resuelven el problema de Covid ni el problema de las restricciones sanitarias***.

Dinamarca a finales del 21 ya estába "vacunada" en más del 75%**, pero esta alta tasa de "vacunación" no pudo evitar un** resurgimiento **repentino de la epidemia y la amenaza de un mayor confinamiento**.

La Agencia Danesa de Enfermedades Infecciosas SSI declaró que ya **no creía que la inmunidad colectiva se pueda lograr en el país mediante la "vacunación**", lo que significa que el SARS-CoV 2 podría continuar circulando durante años.

"Si las 'vacunas' fueran 100% efectivas contra las variantes actualmente en juego y tuviéramos una cobertura de 'vacuna' del 100% en personas de 12 años o más, entonces podríamos hablar de lograr una verdadera inmunidad colectiva contra la variante delta", dijo Krause. "Pero, lamentablemente, esa no es la realidad; no podemos lograr eso". "Esto significa que ahora tiene sentido tratar Covid-19 de la misma manera que tratamos la gripe estacional y no responder a oleadas de infección con restricciones estrictas". "Será más parecido a la gripe que antes", agregó.

Islandia era el país europeo más "vacunado" antes del final del 21, pero eso no evitó una reaparición importante de la epidemia. En junio de 2021, Þórólfur Guðnason, el epidemiólogo jefe de Islandia, dijo que la inmunidad a las "vacunas" estaba progresando bien. Pero desde que apareció la nueva ola, tuvo que admitir en una entrevista en la radio pública que "***la 'vacunación' no ha dado lugar a la inmunidad colectiva que esperaban los expertos y, en realidad, la inmunidad colectiva no puede lograrse mediante la 'vacunación'***". "***La inmunidad colectiva debe lograrse mediante la*** transmisión***, no mediante la 'vacunación'***".

Irlanda también estaba muy "vacunada" bastante antes de finales del 21 (93% de la población inoculada en noviembre), pero a principios de julio de 2021 se produjo una importante recaída en las infecciones, que fueron en aumento, hasta tal punto, que gobierno de Dublín desveló que habría nuevas restricciones sanitarias, en un momento en que muchos temían que el país se encaminaba hacia un confinamiento total antes de Navidad.

Un ejemplo, fueron los condados irlandeses de Waterford y Carlow, **donde el 99.7% y el 98% respectivamente de todos los adultos estaban "completamente vacunados" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19), experimentaron un gran brote de la enfermedad**. "Por primera vez desde marzo, el número de pacientes hospitalizados con Covid en Irlanda superaba los 400", informó Citizen Free Press. **Esto en un país donde el 92% de los adultos ya habían sido 'vacunados' contra el supuesto virus**. **El número de pacientes "vacunados" en la** UCI **era casi tan alto como el número total de pacientes con Covid en la UCI un año antes**. El director clínico de HSE, el Dr. Colm Henry, admitió que las cifras eran 'más altas de lo que les gustaría'.

¿Para qué sirven las “vacunas” entonces?, ¿no eran las “vacunas” las que nos iban a librar del confinamiento?, ¿qué fue de la llamada “inmunidad de rebaño”?, ¿para qué “vacunar” a la fuerza a todo el mundo?

Esta descripción general de la evolución de la pandemia en estos países “campeones” de la “vacuna”, demuestra:

- ***Que las pseudovacunas de Covid no protegen a las poblaciones de la reaparición de la supuesta epidemia***.
- ***Que las agencias de salud han abandonado la esperanza de la inmunidad colectiva a través de la “vacunación”, ahora calificada de mito por casi todas las agencias que creían en ella.***
- ***Que este fallo es consecuencia de la insuficiente eficacia de las pseudovacunas actuales que no evitan enfermarse ni transmitir la enfermedad***.
- ***Que muchos expertos piensan que es hora de aprender a vivir con Covid como con la gripe estacional***.

Profundizando en lo anterior, encontramos a finales del 21 24 países y 16 estados donde los casos alcanzaron nuevos máximos históricos después de la implementación de la “vacunación”:

Islandia, Finlandia, Dinamarca y Noruega se encontraban en máximos históricos en casos, aunque solo estaban comenzando a ingresar a la temporada de invierno, cuando los casos de coronavirus, las hospitalizaciones y las muertes tendían a aumentar en el hemisferio norte. Esta estacionalidad, también conocida como “temporada de gripe”, se debe a cambios en la temperatura, humedad, ventilación, luz solar ultravioleta esterilizante y niveles de vitamina D a escala poblacional. Pero este aumento récord de casos también estaba ocurriendo en países europeos de latitudes más bajas, como: Holanda, Grecia, Alemania, Croacia, Austria, Israel o Reino Unido. Como podemos observar, a pesar de las campañas de “vacunación” masiva, los mandatos de mascarillas y los pasaportes de “vacunas” que se estaban implementando en muchas naciones europeas, los casos se encuentraban en sus niveles más altos hasta a ese momento.

Este fenómeno no era exclusivo de Europa y también estaba teniendo lugar en Asia. Las naciones del norte de Asia como Japón y Corea del Sur vieron un número récord de casos desde la “vacunación”, pero también lo vieron las naciones del sur de Asia, incluidas; Singapur, Malasia, Tailandia, Filipinas y Vietnam.

Este aumento en los casos después de la “vacunación” también afectó a las dos naciones insulares de Australia y Nueva Zelanda, que anteriormente fueron aclamadas por los medios corporativos pro-bloqueo y pro-vacuna como éxitos de “cero Covid”. Aunque, para muchos científicos, médicos y periodistas independientes, ***este aumento de casos en Australia y Nueva Zelanda fue***

un resultado inevitable debido al hecho de que estas inyecciones no esterilizantes no detienen la infección ni la transmisión.

Pasando a los Estados Unidos, muchos de los estados del sur alcanzaron nuevos máximos históricos en casos a pesar de la implementación del programa de "vacunación". A pesar de la campaña de "vacunación" masiva, Florida, Georgia, Alabama, Carolina del Sur, Tennessee, Louisiana, Mississippi y Kentucky experimentaron sus niveles más altos de casos entre los meses de julio y octubre de 2021. Además, muchos de estos estados del sur también experimentaron sus niveles más altos de hospitalización y muertes durante estos mismos meses. Curiosamente, incluso Washington y Oregón, en el noroeste del Pacífico, tuvieron sus peores meses (casos, hospitalizaciones y muertes) hasta el momento. La campaña de "vacunación" tampoco logró frenar la propagación en las islas de Hawai, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes de EE. UU., que registraron brotes récord después de la "vacunación" masiva.

Si hacemos una comparación de la incidencia de Covid en los últimos 14 días, por ejemplo, en las dos primeras semanas de julio 2021 (tiempo prudencial desde que se inició la "vacunación" para poder ver la evolución) entre países con tasas altas de "vacunación" y los de baja, observamos que para los ***países con baja tasa (media de 0.65% de la población) se situó en 15.7 por cada 100 000 habitantes, mientras que para los países con una tasa alta (media 53.6% de la población), se situó en 515 por cada 100 000 habitantes. Por tanto, es muy evidente, que las "vacunas" ni son eficaces, ni son seguras; no previenen la enfermedad, no reducen la gravedad y ni mucho menos van a controlar la enfermedad***.

Esto, es confirmado por un estudio realizado por el Dr. Geoff Mitchel: ***los países con programas de "vacunación" activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen". Además, "los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por Covid; las muertes por Covid han aumentado con la vacunación después de que se implementaron los programas de vacunación". Entre los 104 países que no ofrecen programas de "vacunación" contra Covid demostrables, sus tasas de mortalidad promediaron inesperadamente menos de 690 muertes por millón. Sin embargo, entre los 82 países que ofrecen programas de "vacunación" demostrable, sus tasas de mortalidad por Covid promediaron 828 muertes por millón, lo que es contraintuitivamente más alto que la tasa de mortalidad por Covid para los países no "vacunados". En los 82 países que ofrecen programas de "vacunación", no solo la tasa promedio de mortalidad por Covid fue mayor que en los países no "vacunados", sino que la cantidad de muertes aumentó a medida que aumentó la cantidad o el porcentaje de residentes "vacunados"***. Las conclusiones del estudio son:

- ***Los países con programas de "vacunación" activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen.***

- ***Los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por Covid.***

- ***Las muertes por Covid han aumentado con la "vacunación" después de que se implementaron los programas de "vacunación".***

En un artículo, se recopilaron los datos (12 de agosto) que establecen los casos por millón de habitantes y las muertes por millón de habitantes de los países más "vacunados" (con más de 50% de media) y de los países menos "vacunados" (con una media inferior al 23%). ***El promedio de casos para los países más "vacunados" se situó en 77 491 por millón en comparación con sólo 19 672 en los menos "vacunados". El promedio de muertes en los países más "vacunados" era de 1647 por millón en comparación con solo 427 muertes en los menos "vacunados***".

Si miramos en España, por las mismas fechas:

A juzgar por los datos oficiales nacionales sobre la evolución de la pandemia Covid-19, puede decirse que el impacto de las "vacunas" apenas se dejó sentir pues ***los datos correspondientes al 27 de julio de 2020 eran mejores a los correspondientes a los de un año después***. Y aunque hay que tener en cuenta que España ya en ese momento era de los países del mundo con mayor número de "vacunados", en 2021 el nº de casos y ***la incidencia acumulada a 14 días era 15 veces superior a la de 2020 en la misma fecha sin "vacunas"; el nº de casos y la incidencia acumulada a 7 días era 12 veces superior a la de 2020 en la misma fecha sin "vacunas"; el nº de hospitalizados en los últimos 7 días por Covid-19 era 26 veces superior a la de 2020 en la misma fecha sin "vacunas"; el nº de fallecidos en los últimos 7 días era 23 veces superior a los del 2020 en la misma fecha sin "vacunas***".

Si también analizamos los datos oficiales de agosto que nos proporciona el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III y los comparamos con los de un año antes, obtenemos unas conclusiones interesantes:

- ***La Incidencia Acumulada (IA), era 8 veces menor que la actual.***

- ***Los fallecidos Covid, eran 15 veces menos.***

- ***El número de ingresos hospitalarios, era 9 veces inferior.***

- ***El número de ingresados UCI, estaba 14 veces por debajo*.**

Lo curioso, es que un año antes, nadie estaba "vacunado"; a 16 de agosto del 21 había un 64.10% de la población totalmente "vacunada". *Por tanto, podemos deducir de las propias cifras oficiales, que las "vacunas" no solo no protegen, sino que empeoraron la situación*.

A la misma conclusión, llegan en un estudio hecho por Periodistas Por La Verdad:

Las muertes por Covid se multiplicaron por cuatro ***en agosto respecto al mismo mes del año anterior***. Mientras entre el 1 de junio al 31 de agosto de 2020 ***fallecieron*** por Covid-19 2025 personas, en el mismo período de 2021 murieron 4423. Agosto fue el peor mes de la quinta ola en cuanto a decesos, pues se notificaron un total de 2829 muertes frente a las 680 cuantificadas el mismo mes del año anterior, es decir, ***cuatro veces más***. El mismo patrón se observó durante el mes de julio, ya que mientras en 2020 se notificaron 104 fallecimientos, en 2021 fueron 732. Ese agosto Sanidad notificó un total de 358 900 casos. El año anterior fueron 173 919, la mitad. Entre el 1 de junio y el 31 de agosto de 2021 se notificaron 1 174 121 ***casos nuevos de coronavirus***, según los informes del Ministerio. En el mismo período de ***2020*** se contabilizaron 231 041 contagios, ***cinco veces menos*****.**

Despues de analizar todo lo expuesto en este apartado, podemos observar que lo acontecido en Reino Unido e Israel, es una tendencia mundial. La "vacunación", ha empeorado las cosas, provocando que los porcentajes de contagios y fallecimientos entre inoculados, sean muy superiores a los de los no "vacunados".

Llegados a este punto es importante señalar que es completamente absurdo y una violación del Código de Nuremberg coaccionar u obligar a las poblaciones a tomar estas inyecciones experimentales de ARNm. Este argumento se ve reforzado por el hecho de que ***estas inyecciones no previenen la infección ni la transmisión***. Por lo tanto, ***los pasaportes de "vacunas" no tienen ningún propósito de salud pública, pero son una herramienta ideal para los que buscan un mayor control de arriba hacia abajo sobre los derechos humanos y las libertades individuales***. Además, algunos, continúan ignorando el hecho de que ***estas inyecciones experimentales se han relacionado con más eventos adversos y muertes que todas las demás vacunas combinadas durante los últimos treinta años. Si la vacuna no proporciona inmunidad personal, entonces la vacuna no proporciona inmunidad colectiva. Las únicas "personas" con inmunidad garantizada en toda esta toma de control de las farmacéuticas sobre la sociedad son los propios fabricantes de "vacunas"***.

Testimonios, informes, publicaciones y artículos científicos que demuestran la falta de efectividad, además de la peligrosidad de los sueros

Una vez que hemos constatado esa tendencia mundial, vamos a ver qué nos dicen otras fuentes (científicos, médicos, publicaciones divulgativas y científicas) al respecto de la efectividad de estos sueros y su peligrosidad:

Steve Kirsch, Director Ejecutivo del Fondo de Tratamiento Temprano Covid-19, dio su testimonio ante la FDA, dejando muy clara la nula efectividad y la peligrosidad de las mal llamadas "vacunas": "**Las personas tienen 71 veces más riesgo de sufrir un ataque cardíaco después de las "vacunas" Covid-19 que cualquier otra vacuna**. El análisis experto de los datos existentes,

incluidos los ensayos de Pfizer de 6 meses y los datos de VAERS, demuestra que los sueros matan a más personas de las que supuestamente salvan".

La presentación se puede ver, descargar e imprimir aquí. **Kirsch ofrece un millón de dólares a cualquiera que pueda refutar su tesis de que ahora hay más de 100 000 muertes de estadounidenses causadas por las "vacunas" Covid en una discusión moderada con un moderador neutral y una plataforma**.

Resumen de su presentación:

- Los CDC, la FDA y los NIH están difundiendo información errónea sobre la "vacuna" contra el tratamiento temprano: el tratamiento temprano está siendo saboteado deliberadamente.
- Los datos son claros: todos los "expertos" están equivocados sobre la seguridad de las "vacunas".
- Nuestras libertades médicas están siendo despojadas.
- Nadie prominente desafiará mis conclusiones con un mejor análisis, incluso con grandes incentivos $.
- Debates → Censura e intimidación impulsadas por el gobierno.
- Los CDC y la FDA no participarán ni investigarán el fraude.
- Las recomendaciones médicas ahora están siendo impulsadas por la Casa Blanca.
- Las "vacunas" no ofrecen un beneficio de morbilidad o mortalidad por todas las causas.
- Geert Vanden Bossche tenía razón: "vacunar" en mitad de una pandemia → desastre.

Su segunda diapositiva destaca el hecho de que ***de cada 28 millones de niños que son pinchados por la gripe china, 14 como máximo se "salvan" del "virus"***. Tenga en cuenta que este es el mejor de los casos y que el número real de vidas salvadas después de 28 millones de inyecciones es casi seguro que cero.

Mientras tanto, ***al menos 1400 niños morirán a causa de estas inyecciones***, y nuevamente, esto está en el extremo conservador del espectro. Kirsch sospecha que la cifra real es mucho, mucho mayor, ya que el VAERS (Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas) solo captura alrededor del 1%, como máximo, de todas las lesiones y muertes relacionadas con las "vacunas".

La Dra. Jessica Rose, PhD, MSc, BSc, también ha realizado estudios exhaustivos que hablan muy claro sobre la efectividad de estos sueros usando los datos del VAERS; ella también hizo una presentación en la que mostró que ***ha habido un***

aumento del 1000% en los eventos adversos después de las "vacunas" Covid, en comparación con todas las vacunas en años anteriores.

El Dr. Joseph Fraiman, un médico de la sala de emergencias de Nueva Orleans que realizó sus estudios en la Escuela de Medicina de Cornell, afirmó que aún ***no hay ensayos lo suficientemente grandes como para demostrar que las "vacunas" Covid-19 reducen la hospitalización sin causar daños graves***. Lamentó el hecho de que los "vacilantes de la vacuna" que ingresaban a su sala de emergencias estaban más informados sobre los riesgos de la "vacuna" Covid-19 que los "vacunados". Señaló que un estudio reciente mostró que el riesgo de miocarditis (enfermedad cardíaca) inducida por la "vacuna" en los hombres jóvenes es mayor que el riesgo de hospitalización por Covid. La FDA permitió sus comentarios, lo cual, es muy significativo ya que ahora están en el registro público.

La Dra. Rochagné Kilian, médico de urgencias en Owen Sound, Ontario, sobre su encuesta informal de pacientes que ingresan a la sala de urgencias con problemas médicos graves: "***Al menos el 80% de los pacientes de emergencias en los últimos tres meses fueron de los doblemente vacunados"***. Como hemos podido comprobar, este porcentaje es casi idéntico a los datos recientes de otros países con alta tasa de "vacunación".

Analicemos el siguiente artículo del 21 de octubre de 2021:

"Las vacunas funcionan", claman muchos, a pesar de estar aplicando en menos de 6 meses un tercer refuerzo (y a pesar de no contar con estudios de seguridad y eficacia para tres o cuatro o más dosis). **Reino Unido, con más del 67% de la población habiendo recibido la "vacunación completa", tiene un incremento en casos de Covid que requieren hospitalización**.

Ya se sabe que las "vacunas" no evitan la transmisión (hasta los medios de comunicación lo aceptan ahora), pero ahora ***se repite incansablemente que lo que hacen es evitar la enfermedad grave y hospitalización en quienes se infectan de SARS-CoV-2. Si esto fuera cierto, viendo los datos de Reino Unido, no habría forma de comprender matemáticamente cómo, con solo 33% de una población no "vacunada" (presumiblemente, este 33% se compone mayoritariamente de personas de menos de 18 años, dado que la mayoría de los adultos aceptaron los sueros), se pueden disparar los casos graves (al día de hoy más de 9000 hospitalizaciones diarias, 10% de ellas en Unidades de Cuidado Intensivo, de acuerdo a*** datos ***de la Universidad John's Hopkins)***. Los números y la evidencia biológica no explican esta situación. **Si es porque se trata de una supuesta nueva variante y las "vacunas" no están "protegiendo" contra esa variante**, ***entonces, ¿por qué seguir "vacunando" con esas mismas "vacunas" y proponer más y más dosis? Eso tampoco tendría sentido. Entonces, ¿cómo decir (y creer) que las "vacunas" están funcionando?***

En un artículo del New York Times del 19 de agosto, titulado "Israel, Once the Model for Beating Covid, Faces New Surge of Infections", se admite abiertamente

que ***las inyecciones antiCovid-19 administradas a 2500 millones de personas en todo el mundo ya no funcionan muy bien, y que las personas que tomaron esas "vacunas" son ahora las que se enferman y mueren***. Está claro que la narrativa sobre las inyecciones de Covid-19 como la única ruta de regreso a la normalidad ahora se ha derrumbado. Lo mismo está sucediendo también en el Reino Unido, como hemos comprobado, los datos oficiales muestran que las inyecciones de Covid-19 aumentan el riesgo de hospitalización y muerte debido a Covid-19 en lugar de reducirlo.

Una ex empleada de Pfizer (Karne Kingston) ha proporcionado documentación que demuestra que ***recibir la "vacuna" contra la Covid-19 de la empresa, aumenta la probabilidad de que una persona contraiga el virus en más de un 300%***. Para probar esto, Kingston presentó un documento informativo utilizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) durante una reunión del comité asesor el 17 de septiembre. La reunión se llevó a cabo para discutir la solicitud de Pfizer para usar su "vacuna" Covid-19 como refuerzo. Los documentos presentados durante la reunión incluyen un informe sobre un estudio realizado por Pfizer que probó durante cuánto tiempo sus "vacunas" brindan la llamada inmunidad al coronavirus.

La conclusión del estudio es que "la incidencia de Covid-19 generalmente aumentó en cada grupo de participantes del estudio con el aumento del tiempo posterior a la dosis 2". "Si tiene dos dosis de Pfizer, su tasa de infección aumenta con el tiempo".

Kingston ha analizado la tasa de infección en el grupo de placebo durante los primeros cuatro meses del estudio, cuando no tenían una "protección" adquirida por la "vacuna" contra el Covid-19. Luego lo comparó con la tasa de infección del grupo en los cuatro meses posteriores a sus inyecciones con las vacunas de Pfizer.

"Entonces, cuando no se inyectaron, su tasa de infección fue del 1.3%, y cuando se inyectaron, fue del 4.34%. Aumentó en más del 300%", dice Kingston. "Tenían menos infecciones cuando no tenían protección. Entonces, eso es un problema".

Las estadísticas continúan mostrando lo contrario de lo que se esperaría de la campaña de "vacunación" Covid-19. Un breve vídeo publicado la última semana de septiembre, utiliza datos del Centro de Recursos de Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins para ilustrar picos dramáticos en las muertes por Covid en numerosos países de todo el mundo después de la introducción de los sueros experimentales. Titulada "Muertes por Covid antes y después de los programas de vacunación", la convincente presentación fue producida por el analista de datos cuantitativos Joel Smalley, afiliado a HART Group, y parece ser la secuela de un vídeo similar que lanzó en mayo.

El vídeo representa las muertes semanales por Covid-19 por país, antes (azul) y después (rojo) de que comenzaran las campañas experimentales de "vacunación", **mostrando una correlación dramática entre la absorción de la "vacuna" y los picos en el número de muertes en aproximadamente 40**

países diferentes. Los ejemplos incluyen fuertes aumentos en las muertes por Covid en Israel, Taiwán y Uganda.

Si se examinan más ampliamente los datos relevantes, se puede encontrar una tendencia mundial de altas tasas de infecciones, hospitalizaciones y muertes entre los "vacunados". Tal correlación fue reconocida por la propia Pfizer como se reveló en un documento informativo que enviaron a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) el 17 de septiembre. El informe incluyó **un informe de uno de los estudios del propio gigante farmacéutico que indicaba tasas más altas de infección después de las inyecciones, lo que equivale a que los receptores del suero se vuelvan más susceptibles a contraer Covid-19**.

Según un artículo preliminar de 34 páginas sobre la eficacia de las "vacunas" Covid, y publicado en The Lancet, 3939 de los 4.03 millones de suecos que recibieron la segunda dosis de una "vacuna" Covid murieron menos de dos semanas después.

Las personas parecen morir a tasas un 20% o más por encima de lo normal durante semanas después de recibir su segunda dosis de "vacuna" Covid, según datos del estudio sueco.

Durante un período de un año, esa tasa de muerte se traduciría en una tasa de mortalidad anual de alrededor del 2.5% al año (1 persona de cada 40), casi tres veces el promedio general sueco. En un año típico, muere aproximadamente 1 de cada 115 suecos.

Un estudio previo a la impresión de Dinamarca, publicado el 23 de diciembre, que analizó casi todas las infecciones de SARS-CoV-2 positivas por PCR en Dinamarca del 20 de noviembre al 12 de diciembre y las investigó para ver si era probable que fueran la variante Ómicron. Al comparar el estado de "vacunación" de los infectados, los investigadores encontraron una efectividad de la vacuna contra la variante Ómicron de -76.5% para Pfizer y -39.3% para Moderna tres meses después de la doble "vacunación", ***lo que significa que los doblemente "vacunados" fueron considerablemente más propensos a estar infectados que los no "vacunados"***.

Un estudio de eficacia de la "vacuna" del UKHSA confirma estos resultados. Contra Ómicron, la UKHSA informa que ***la efectividad de la "vacuna" es cero o negativa a partir de una dosis doble de las tres "vacunas" (AstraZeneca, Pfizer y Moderna) después de cinco meses***.

Un nuevo estudio en Eurosurveillance de Noruega también respalda la observación de ***la efectividad de la "vacuna" es negativa contra Ómicron, con una mayor proporción de aquellos con doble "vacunación"***.

Un estudio demuestra que ***recibir 2 dosis de "vacunas" contra la Covid-19 no protegió contra la infección por Ómicron en ningún momento***, y la EV

fue de -38%. Menos 38% ***significa que incrementa las posibilidades infección***.

"Es poco probable que dos dosis de 'vacunas' contra la Covid-19 protejan contra la infección por Ómicron. Si bien la VE contra la infección por Ómicron es sustancialmente más baja que contra la infección por Delta, una tercera dosis de 'vacuna' de ARNm brinda cierto nivel de protección contra la infección por Ómicron en el plazo inmediato. Sin embargo, la duración de esta protección y la eficacia contra la enfermedad grave son inciertas. Es probable que se necesiten herramientas adicionales más allá de las 'vacunas' actualmente disponibles, como medidas de salud pública, antivirales y vacunas actualizadas, para protegerse contra la infección por Ómicron".

En un estudio, descubrieron que ***la "vacunación" por sí sola (sin infecciones) produjo respuestas inmunitarias insignificantes contra Ómicron***. Los tres "vacunados" pero nunca infectados, escriben, "no respondieron nAb IC50 contra B.1.1.529 (Ómicron) 14 semanas después de la tercera dosis de la vacuna", lo que indica una "***rápida disminución" de los anticuerpos neutralizantes a cero***. "nAb IC50" significa la concentración de anticuerpos neutralizantes necesaria para reducir la infectividad viral en un 50%, y es una medida de la potencia de los anticuerpos contra un virus. Afirman que ***tres dosis de las "vacunas" brindan "protección deficiente contra la transmisión***.

Arjun y colaboradores estudiaron a 487 pacientes en India durante 44 días y lo que vieron es que los participantes que recibieron dos dosis de la "vacuna" Covid ***tenían mayor riesgo de desarrollar Covid largo***. Sus hallazgos son semejantes a algunos de los resultados que reportó otro estudio epidemiológico, retrospectivo y de cohorte que investigó 10 024 infecciones en el mismo número de "vacunados" y encontró que ***no hay una reducción del riesgo para todas las secuelas de Covid***. De acuerdo a los autores "***la 'vacunación' no pareció ser*** protectora ***contra varios de los desenlaces documentados previamente para Covid, como características del Covid largo, arritmia, enfermedad hepática, dolor de articulaciones, diabetes tipo 2, desorden del sueño, y desórdenes de humor y ansiedad***".

Un artículo publicado el 30 de septiembre en Eurosurveillance mostró como la Covid se propagó rápidamente partiendo de un paciente completamente "vacunado" al personal, pacientes y familiares completamente "vacunados", a pesar de una tasa de "vacunación" del 96% y el uso de equipo de protección personal completo. Cinco pacientes murieron y nueve tuvieron casos graves.

El estudio cita un brote de Covid que se propagó rápidamente entre el personal del hospital en un centro médico israelí, **a pesar de una tasa de "vacunación" del 96%, el uso de mascarillas N-95 por parte de los pacientes y el equipo de protección personal completo que usan los proveedores**.

La tasa de infección calculada entre todos los pacientes y el personal expuestos fue del 10.6% (16/151) para el personal y del 23.7% (23/97) para los pacientes,

en una población con una tasa de vacunación del 96.2% (238 vacunados / 248 personas expuestas).

El documento señaló que probablemente ocurrieron varias transmisiones entre dos personas que usaban mascarillas N95 y, en un caso, usaban PPE completo, incluida la mascarilla N-95, el protector facial, la bata y los guantes.

De los 42 casos diagnosticados en el brote, 38 estaban completamente "vacunados" con dos dosis de Pfizer y la "vacuna" Comirnaty de BioNTech, uno había recibido solo una "vacuna" y tres no estaban "vacunados".

De los infectados, 23 eran pacientes y 19 eran miembros del personal. Todo el personal se recuperó rápidamente. Sin embargo, **ocho pacientes "vacunados" se enfermaron gravemente, seis se enfermaron críticamente y cinco de los enfermos críticos murieron. Los dos pacientes no vacunados seguidos tenían casos leves de Covid**.

Los autores concluyeron:

"***Esta comunicación, desafía la suposición de que las altas tasas de 'vacunación' universales conducirán a la inmunidad colectiva y evitarán brotes de Covid-19. En el brote descrito aquí, el 96.2% de la población expuesta fue 'vacunada'. La infección avanzó rápidamente (muchos casos se volvieron sintomáticos dentro de los 2 días posteriores a la exposición) y la carga viral fue alta***".

Por tanto, ***el discurso oficial que dice que si los "vacunados" se infectaran, serían asintomáticos en la gran mayoría, que les daría más débilmente que a los no "vacunados" y que su carga viral sería muy inferior a la de los no "vacunados"; ha quedado totalmente desmentido*.**

"Este es un artículo muy interesante y científicamente muy sólido", dijo el Dr. Brian Hooker, Ph.D., PE, director científico de Children's Health Defense y profesor de biología en la Universidad de Simpson.

"**La tasa de avance del 96.2% de la población 'vacunada' muestra que, en este caso, la "vacuna" fue prácticamente inútil para prevenir la transmisión**", dijo Hooker. "También debe tenerse en cuenta que **los dos casos notificados entre los pacientes no 'vacunados' fueron leves, mientras que seis de los pacientes 'vacunados' murieron"**.

Rudolph Valenta, de la Universidad de Medicina de Viena, descubrió en un estudio que ***las personas que están doblemente "vacunadas" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19) tienen "prácticamente ninguna protección" contra la supuesta variante Ómicron***.

Entre todas las supuestas variantes previamente conocidas, el RBD difería solo ligeramente, encontraron los investigadores. En otras palabras, las inyecciones, asumiendo que "funcionan", deberían haber sido capaces de atacarlas a todas.

Sin embargo, este no es el caso, ya que la evidencia muestra que ***las personas inyectadas en realidad*** contraen ***más variantes, incluida Ómicron, que las no "vacunadas"***.

"Ómicron es la primera supuesta variante que difiere mucho de las supuestas variantes anteriores en RBD, en consecuencia, ***las "vacunas" actualmente disponibles brindan poca o ninguna protección contra Ómicron***", encontró el estudio.

Una investigación encontró que **las tasas de infección por coronavirus** de Wuhan (Covid-19) **entre los "no vacunados" están cayendo en picado al mismo tiempo que las infecciones entre los "completamente vacunados" se están disparando**. Resulta que **la inmunidad colectiva ya se ha logrado entre aquellos que no recibieron la "vacuna", mientras que la enfermedad mutada se está extendiendo como la pólvora entre los receptores de la misma que se han convertido en fábricas de virus andantes**. En el Reino Unido, por ejemplo, los "casos" sintomáticos de la enfermedad, aumentaron un 40% en una semana entre los que estaban completamente "vacunados". Por el contrario, durante el mismo período de tiempo, el número de casos entre los no "vacunados" se redujo en un 22%. "Esto sugiere que la ola entre los no 'vacunados' ha alcanzado su punto máximo y que la inmunidad de grupo natural se ha establecido, mientras que los individuos "vacunados' en realidad se están volviendo más propensos a la infección": Dr. Joseph Mercola. Quizás la pieza más condenatoria de la nueva evidencia es el hecho de que ***la inmunidad de grupo inducida por la "vacuna" es una imposibilidad***. "100 miembros de la tripulación totalmente inyectados dieron positivo a bordo del portaaviones de la defensa británica HMS Queen Elizabeth. El buque de la Armada tiene una tasa de casos de 1 en 16, la tasa de casos más alta registrada" afirma el Dr. Mercola. "Esto sugiere que la inmunidad colectiva inducida por la "vacuna" es imposible, ya que estas inyecciones aparentemente no pueden prevenir la Covid-19 incluso si el 100% de una población determinada las contrae".

Matemáticamente hablando, es imposible que las inyecciones de virus chino produzcan inmunidad colectiva. ***Las únicas personas que tienen la oportunidad de producir inmunidad permanente son aquellas que simplemente dicen que no a la "vacuna"***. Las cuatro actualmente disponibles proporcionan una reducción absoluta del riesgo de entre el 0.7% y el 1.3%, mientras que la tasa de mortalidad por infección no institucionalizada en todos los grupos de edad es de un mísero 0.26 %. "***Dado que el riesgo absoluto que debe superarse es menor que la reducción absoluta del riesgo que pueden proporcionar estas inyecciones, la "vacunación" masiva simplemente no puede tener un impacto favorable***", según el Dr. Mercola. Lo que esto significa, por supuesto, es que la última "ola" de enfermedades y muertes es un producto directo de las personas que se vacunan. En otras palabras, ***los "vacunados" son los culpables directos de propagar más enfermedades y muertes***.

Un artículo preimpreso del prestigioso Grupo de Investigación Clínica de la Universidad de Oxford, publicado el 10 de agosto en The Lancet, incluye hallazgos alarmantes y devastadores sobre la "vacuna" Covid. El estudio encontró que ***los individuos "vacunados" llevan 251 veces más carga viral del virus Covid-19 en sus fosas nasales que los no "vacunados"***. Los científicos estudiaron a los trabajadores de la salud que no pudieron salir del hospital durante dos semanas. Los datos mostraron que los trabajadores completamente "vacunados", aproximadamente dos meses después de la inyección con la "vacuna" Covid-19 de Oxford/AstraZeneca (AZD1222), adquirieron, portaron y presumiblemente transmitieron la variante Delta a sus colegas "vacunados". "***Las personas "vacunadas" están provocando explosiones virales concentradas en sus comunidades y alimentando nuevas oleadas de Covid***. Es casi seguro que los trabajadores de la salud "vacunados" estén infectando a sus compañeros de trabajo y a sus pacientes, causando daños colaterales horrendos".

Un estudio de los CDC, revela que 3/4 de los nuevos casos de la variante Delta se producen entre personas "vacunadas", además, la tasa de hospitalización entre los "vacunados" fue más alta que la tasa de hospitalización entre los no "vacunados", de tal forma que 4 de cada 5 hospitalizados también son personas que han recibido la pauta completa. Por tanto, en contra de lo que algunos nos quieren hacer creer, es evidente que la "vacunación" no impide la hospitalización, por si fuera poco, encontraron que ***la carga viral de los pacientes "vacunados", fue igual que la de los no "vacunados" y que el 79% de los infectados completamente "vacunados" fueron sintomáticos.***

En un estudio **realizado en la Universidad de California en San Francisco**, indica la presencia de supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas", que están extendiéndose entre las personas "vacunadas" principalmente. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que ***el 78% de las personas con el tratamiento experimental completo fueron infectadas por estas supuestas variedades mutantes***. Los resultados arrojan otra conclusión muy importante: ***las personas "vacunadas" que presentan síntomas seguirán contaminando a otras. Dr. Chiu: "Eres esencialmente tan infeccioso como alguien que no estaba 'vacunado'"***.

Un nuevo análisis concluye: "Según los datos oficiales disponibles públicamente en el Reino Unido y los EE. UU., ***todos los grupos de edad menores de 50 años corren un mayor riesgo de muerte después de recibir una inoculación antiCovid-19 que el riesgo de muerte por Covid-19 que corre una persona no 'vacunada'. Todos los grupos de edad menores de 80 años prácticamente no se benefician de recibir una "vacuna' Covid-19, y las edades más jóvenes corren un riesgo significativo***".

Los beneficios de la 'vacunación' contra la Covid-19 no han estado a la altura de las expectativas. Ha habido un rápido caída en los niveles de (los supuestos) anticuerpos inducidos por la 'vacuna' a lo largo del tiempo y la rápida aparición de (supuestas) variantes del SARS-CoV-2 que son resistentes a los (supuestos)

anticuerpos 'vacunales' contra la proteína espiga. ***Cuando los datos de mortalidad por Covid-19 se* analizan *por estado de "vacunación' desde principios de 2022 para estimar el grado de protección contra la muerte brindada a la población 'vacunada', dicha protección está muy por debajo del riesgo de muerte por la 'vacuna', para cualquier persona menor de 50 años***.

Ahora que Ómicron es la (supuesta) cepa dominante, ***una alta* proporción *de la población 'vacunada' sigue contrayendo la enfermedad y la sigue transmitiendo***. Las 'vacunas' de ARNm fueron diseñadas para atacar la (supuesta) cepa original del SARS-CoV-2 y la llegada de (supuestas) variantes como Delta y Ómicron han cambiado la relación riesgo/beneficio.

Con un gran porcentaje de la población que (supuestamente) ha sido infectada por Ómicron y que se está recuperando, ahora tenemos una base mucho más grande de una población naturalmente resistente, ***cuya inmunidad es mucho más* duradera y robusta *que la (supuestamente) lograda con la 'vacuna'***. Dado que Ómicron, (supuestamente) es menos letal y más resistente a los anticuerpos de las 'vacunas', ***los (teóricos) beneficios de la 'vacunación' se* debilitan *aún más, mientras que los riesgos de morir por la 'vacuna' permanecen inalterados***. ***Incluso si* lanzamos *nuevas versiones de las 'vacunas', el virus seguirá mutando en un inútil juego del gato y el ratón***.

Según el análisis de datos presentado en este documento, ***todas las cohortes de edad menores de 50 años se encuentran en mayor riesgo (de 5 a 51 veces mayor) de muerte inducida por la 'vacuna' en el mismo mes o en meses posteriores tras recibir una inoculación de los sueros experimentales antiCovid-19 que el riesgo que corren de morir por Covid-19 dentro de los 60 días de una prueba positiva si no está 'vacunado'***.

Todas las cohortes de edad* tienen *menos de ¼ del 1% de beneficio de la reducción del riesgo absoluto de una muerte por Covid-19 tras recibir una inoculación de los sueros experimentales. ***Los niños menores de 18 años tienen 51 veces mayor probabilidad de morir después de la inoculación de la 'vacuna' que de morir por Covid si no se 'vacuna'***.

Es más probable que las 'vacunas' aumenten el número de muertes por Covid en los menores de 18 años en lugar de prevenirlas. Los adultos jóvenes de 18 a 29 años tienen un riesgo 8 veces mayor de muerte por la inoculación que de morir por Covid si no se inocula.

Las inoculaciones de la inyección antiCovid* aumentan *el riesgo de muerte y producen un beneficio negativo neto, también conocido como mayor riesgo de muerte para todos los grupos de edad menores de 60 años. En otras palabras, ***las inoculaciones antiCovid* provocan *un aumento neto, en lugar de una disminución, en la probabilidad de muerte de todas las personas menores de 60 años***.

De forma más detallada:

Para los menores de 18 años, la inyección antiCovid aumenta ***el riesgo de morir por Covid-19; los menores de 18 años tienen 51 veces más*** probabilidades ***de morir por la inyección que de morir por Covid si no están "vacunados"***.

En aquellos de 18 a 29 años, la inyección antiCovid tiene 16 veces más probabilidades ***de matar a una persona que de salvarle la vida si contrae Covid. También*** tienen ***ocho veces más probabilidades de morir por la inyección que por Covid si no están "vacunados"***.

Los que tienen entre 30 y 39 años tienen 15 veces más probabilidades ***de morir a causa de la inyección de Covid que de prevenir su muerte, y*** tienen ***7 veces más probabilidades de morir por la inoculación que de morir por Covid si no están "vacunados"***.

Las personas de 40 a 49 años tienen nueve veces más probabilidades ***de morir a causa de la inyección contra la Covid que si esta evita su muerte, y*** tienen ***cinco veces más probabilidades de morir a causa de la inyección que a causa de la Covid si no están "vacunados"***.

Las personas de 50 a 59 años tienen el doble (2 veces) de probabilidades ***de morir por la inoculación de Covid que de prevenir una muerte por Covid, mientras que su*** riesgo ***de morir por la inyección o por Covid si no están "vacunados" es casi el mismo***.

En el grupo de edad de 60 a 69 años, la inyección matará ***a una persona por cada persona que*** salve ***de morir de Covid, por lo que es claro que no valdrá la pena***. ***Para las personas mayores de 60 años, el beneficio de las inyecciones contra la Covid es*** insignificante, y va desde una reducción del 0.0016 % en la probabilidad de muerte para las personas de 60 a 69 años hasta una reducción del 0.125 % en la probabilidad de muerte para las personas mayores de 80 años. Debido a que los tratamientos preventivos a menudo se administran a personas sanas, se supone que una vacuna proporciona un riesgo muy pequeño en comparación con el beneficio.

Por lo tanto, ***los riesgos de mortalidad tan altos frente a los bajos beneficios de reducción de riesgos (high fatality risks (VFRs) versus low benefit of risk reduction (ARRs)) de las inoculaciones de los sueros experimentales no son*** aceptables, especialmente considerando que hay tratamientos efectivos y de bajo costo disponibles que además reducirían las tasas de mortalidad de Covid-19 tanto como 90% o más si se proporciona tan pronto como aparecen los síntomas en personas de alto riesgo".

Los mandatos de inoculaciones de sueros antiCovid son desaconsejables porque las supuestas 'vacunas' resultan en tasas de mortalidad más altas que la propia Covid".

En un estudio del Departamento de Salud y Asistencia Social del Reino Unido, que viene a ser un análisis de la monitorización continua del SARS-CoV-2 en toda la

población en el Reino Unido y que incluye medidas de la carga viral entre la población, ***se encontró que las cargas virales entre la población "vacunada" y no "vacunada" son prácticamente las mismas, y mucho más altas que las registradas antes del lanzamiento de la inyección de Covid-19***. ***El estudio también encontró que la mayoría de los casos entre la población "vacunada" presentaban síntomas cuando se volvían positivos***.

Las inyecciones de Covid-19 continúan siendo promovidas como la única solución a la pandemia, incluso cuando ocurren cada vez más infecciones "revolucionarias". Pero un grupo de investigadores japoneses ha publicado un estudio científico que muestra que la variante Delta del SARS-CoV-2 "está preparada para adquirir una resistencia completa" a las "vacunas" existentes. Supuestamente ya ha surgido una variante de Delta con tres mutaciones, lo que sugiere que es solo cuestión de tiempo antes de que se desarrolle una cuarta mutación, momento en el que la resistencia completa a la inyección de Pfizer puede ser inminente. **A pesar del creciente reconocimiento de que aumentar las inyecciones solo puede empeorar las cosas, Israel está llevando a cabo una campaña de "vacunación" de refuerzo después de registrar recientemente la tasa más alta de infecciones en 7 días en el mundo a pesar de que el 80% de la población está completamente "vacunada"**. Estados Unidos y el Reino Unido también han confirmado que están a punto de hacer lo mismo. **Varios expertos han expresado su preocupación de que las inyecciones de Covid-19 y el programa de "vacunación" masiva podrían empeorar la pandemia al desencadenar el desarrollo de nuevas variantes, a través de un concepto conocido como escape antigénico o inmune**. ***Un principio general en biología, vacunología y microbiología es que si pones a organismos vivos como bacterias o virus bajo presión, a través de antibióticos, anticuerpos o quimioterapéuticos, por ejemplo, pero no los matas por completo, puedes fomentar inadvertidamente su mutación en más cepas virulentas. Aquellos que escapan de su sistema inmunológico terminan sobreviviendo y seleccionando mutaciones para asegurar su supervivencia***.

Veamos un estudio, escrito por Spiro P. Pantazatos y Hervé Seligmann, de Nueva York, y Jerusalem, respectivamente. El estudio no ha sido aún publicado en una revista científica y se encuentra ahora bajo revisión por pares. Sin embargo dado el clima que prevalece en la ciencia desde el inicio de la "pandemia", es poco probable que les acepten publicar el estudio; si es así, no sería por errores conceptuales ni mucho menos por falta de rigurosidad.

El estudio, reporta algo muy importante, que además sustenta mucho de lo que ya se ha hipotetizado en otros estudios.

El contexto que llevó a que ambos científicos realizaran este estudio fue el hecho de que es indispensable contar con estimados certeros de eventos adversos y tasas de mortalidad relacionadas con (o inducidas por) las inoculaciones contra Covid-19, en particular dado que se están utilizando productos que fueron autorizados por emergencia con muy pocos estudios sobre su efectividad y la

seguridad, y dada la rapidez de administración y la envergadura de la campaña, que no tiene precedentes en la historia de la humanidad. Sin estos datos, no es posible realizar análisis críticos y certeros sobre el riesgo-beneficio de las inoculaciones y de los refuerzos.

Dado que los sistemas de vigilancia tipo VAERS, Eudravigilance, Vigiaccess, etc. no están diseñados para determinar las tasas de eventos adversos serios y fatales asociados a las "vacunas", lo que hicieron fue utilizar los datos sobre tasas de "vacunación" regionales para predecir mortalidad por todas las causas (de aquí en adelante, "mortalidad general") y muertes no ocasionadas por Covid subsecuentes a la "vacunación", usando datos de Europa y los Estados unidos. Encontraron lo siguiente:

1) ***Las tasas de "vacunación" se correlacionaron positivamente con las tasas de mortalidad general entre 0 y 5 semanas post-inoculación***. Esto se vio para casi todos los grupos de edad, y con un patrón temporal consistente con la aplicación de las inoculaciones en los diferentes grupos de edad. Esto quiere decir que ***a mayor vacunación, mayor mortalidad por todas las causas en ese periodo de tiempo***. Podrían explicarse estos resultados como ***un incremento de la infectividad de SARS-CoV-2 cuando son expuestas las personas "vacunadas", que se sabe que es de hasta 3 veces mayor por aproximadamente 7 días después de la primera dosis de Pfizer*** (ver Dagan et al 2021) y que, de acuerdo a los autores del presente estudio, también se infiere para Coronavac (ver Jara et al 2021).

2) ***El teórico efecto "protector" de las "vacunas" desaparece y los autores explican que podría deberse a ADE***.

3) La tasa de fatalidad por "vacunación" en los Estados Unidos fue del 0.04% (por ejemplo, la tasa de fatalidad promedio de Covid-19 oscila de 0% a 0.31%, de acuerdo al Profesor Epidemiólogo John Ioannidis.

4) ***La tasa de fatalidad por "vacunación" incrementa con la edad*** (0.004% en personas de 0 a 17 años y 0.06% en personas de más de 75 años).

5) ***La tasa de fatalidad por "vacunación" es 20 veces mayor que la que estimó la CDC***, lo que es consistente con el sesgo epidemiológico conocido de VAERS.

6) Se encontraron 146 000 a 187 000 muertes asociadas a la "vacunación" en seis meses (entre febrero y agosto 2021).

7) Resultó inesperado ver que ***la "vacunación" de adultos incrementó la mortalidad general de niños de menos de 18 años (en los Estados Unidos) y de menos de 15 años (en Europa)***. No se sabe cuáles son los factores que explican esta asociación estadísticamente significativa.

8) Tomando en cuenta las tasas de fatalidad por "vacunación" estratificadas por edad con respecto a las tasas de fatalidad por infección por Covid-19

estratificadas por edad, este estudio demuestra numéricamente que ***los riesgos de las "vacunas" Covid-19 y los refuerzos son mayores que los beneficios que otorga en niños, adultos jóvenes y adultos mayores con bajo riesgo ocupacional o que hayan tenido exposición previa a SARS-CoV-2*** (que ya cuentan con inmunidad).

Los puntos más relevantes de la última parte de su discusión y su conclusión:

1) Dado que ***hay poca a nula evidencia de que las "vacunas" reducen la transmisión y diseminación comunitaria de SARS-CoV-2***, que los ensayos clínicos no fueron diseñados para estimar la eficacia de las "vacunas" para reducir infección y transmisión, y que de hecho, en un estudio reciente, ***se vio que la mayoría de los casos de Covid-19 (75%) se dieron entre personas completamente "vacunadas", en una zona que tiene 69% de "vacunación", con cargas virales semejantes entre "vacunados" y no "vacunados"*** (ver Brown et al 2021), y tomando en cuenta lo que encontraron en cuanto a las tasas de fatalidad por "vacunación", ***los riesgos sobrepasan los beneficios para la mayor parte de los grupos de edad***.

2) En ese sentido, ***no es recomendable tener mandatos de "vacunación" en trabajos, escuelas, universidades y otras ubicaciones***. Estos mandatos solo servirán a las compañías farmacéuticas, y no se basan en ciencia sólida (ver Kostoff et al 2021).

3) ***Dado el bajo riesgo que representa Covid-19 para personas jóvenes y sanas de edad mediana, y dada la evidencia creciente de preventivos y tratamientos tempranos, es necesario replantear la estrategia de "vacunación" masiva global***.

La Dra. Karina Acevedo, nos da una explicación de por qué no son efectivos los sueros experimentales:

Las respuestas inmunes se dividen en "innatas" y "adaptativas", siendo las primeras menos específicas (reconocen patrones moleculares generales de bacterias, virus, hongos, etc.) pero bastante rápidas (minutos a horas) contundentes y eficientes. Las segundas son más tardadas (en general, 7 a 15 días en ser activadas) pero muy específicas (reconocen fragmentitos, "antígenos", de bacterias, virus, hongos, específicos) y generan memoria. Esto quiere decir que ante exposiciones con el mismo (o muy parecido) virus, bacteria, hongo, etc., rápidamente echaremos mano de esa memoria, lo que reduce mucho la posibilidad de que enfermemos. El asunto es que no es "mejor" una que otra; necesitamos a las respuestas innatas para activar las respuestas adaptativas (por eso tardan más, porque necesitan ser informadas del problema y activadas).

Hay otra manera de clasificar las respuestas inmunes, y esto es de acuerdo al lugar donde se dan: 1) en la sangre (se conoce como "respuesta sistémica, y abarca también las respuestas en órganos internos), 2) en la piel y 3) en las mucosas. No son divisiones hechas con un cuchillo, tienen cierto sobrelape. Por ejemplo, en sangre tenemos sobre todo anticuerpos tipo IgM (al inicio de la

infección) e IgG (un poco de una semana después de la generación de IgM), y bajos niveles de IgA, mientras que en las mucosas lo más abundante son anticuerpos tipo IgA (sobre todo IgA secretor), mientras que IgM e IgG son en general poco abundantes. También hay diferencias marcadas en el control o regulación de las respuestas entre las mucosas y la sangre o los órganos internos (recuerden que tampoco se trata de que sean exageradas las respuestas inmunes... nos podría "salir el tiro por la culata", como si por tratar de controlar un atraco en la tienda de la esquina, trajéramos al ejército, todos los cuerpos policiacos, el FBI, la CIA y el Mossad. ¡Estaríamos en peor problema que con el atraco!). Entonces, por ejemplo, podemos tener "activas" las respuestas inmunes en, digamos, el tracto gastroentérico, sin que se activen (o al menos no demasiado) las respuestas sistémicas. Sería carísimo (en términos de energía celular gastada) no regular de esta manera las respuestas, y podría ser muy peligroso si ocasiona inmunopatologías.

¿Qué tipo de respuesta me conviene tener? Depende de cómo se da la infección, y dónde se queda el virus una vez que entra al cuerpo. ¿Es una infección sistémica que entra vía contacto con la sangre (como ocurre con el virus de la Hepatitis B, que entra por sangre, viaja al hígado y vuelva a viajar por sangre), o su vía de entrada es por alguna de las mucosas (respiratoria, oral, o genital) donde queda el virus replicando (como, por ejemplo, rotavirus)? En el caso de SARS-CoV-2 las dos vías de entrada son la mucosa oral y la mucosa respiratoria superior. Entonces, cuando comienza la infección, se activan nuestras respuestas inmunes innatas: las células infectadas dan la alarma (producen una molécula chismosísima llamada Interferón que llama a las células inmunes) y muchas o todas las células infectadas son destruidas por las células asesinas naturales (NK). Los signos clínicos durante esta etapa reflejarán la acción de los virus que se están copiando, la muerte celular si es que la provoca, y la inflamación que estamos montando (en el caso de SARS-CoV-2, tos, diarrea, etc., y si fue excesiva nuestra respuesta, entonces puede haber signos sistémicos serios). En lo que esto ocurre y mientras aún hay células del tracto respiratorio o intestinal que estén infectadas con virus, si la persona tiene tos, estornudos y/o diarrea, puede infectar a otros si están en contacto con sus excreciones respiratorias, secreciones nasales y/o sus heces. En muchas personas, después de unos días de actividad de las respuestas innatas, aquí acabó el problema, y además, estas respuestas llevan a que se activen las respuestas adaptativas, que le darán inmunidad protectora de larga memoria. Tendremos inmunidad adaptativa en las mucosas, y también habremos generado inmunidad sistémica porque la inmunidad mucosal "se comunica con la inmunidad sistémica", y más aún si el virus se movió hacia algún otro órgano. En otras palabras, estamos protegidos, "en las fronteras y en el territorio interno".

Si queremos inducir una ***respuesta protectora por vacunación, en la que exista poco riesgo de que te puedas infectar luego de estar vacunado, y por lo tanto, no puedas contagiar a otro es indispensable que se estimulen las respuestas adaptativas de las mucosas***. ¡Indispensable! ¿Por qué? Porque entrará el virus a nuestro cuerpo por las mucosas, no por la sangre. Sin embargo, las vacunas actuales autorizadas por emergencia en el mundo (o en el caso de Pfizer, aprobada en los Estados Unidos), fueron diseñadas para que

activaran sobre todo la inmunidad sistémica y poco de inmunidad mucosal. Eso quiere decir que, incluso si funcionan bien (en el sentido de que los anticuerpos y linfocitos T generados por la vacunación le "quedaran perfecto" a la proteína Spike de los virus que entre en el organismo (recuerden la analogía del guante y la mano), los van a detectar cuando esté moviéndose hacia otros órganos (si es que lo hace) y no al inicio, cuando estén en las mucosas, porque habrá muy pocos "anticuerpos mucosales" generados por la "vacunación". Por esto, ***las "vacunas" actuales no detienen la infección y no evitan la transmisión***.

Hay muchos ejemplos de estudios que han mostrado que ***la vacunación sistémica no induce inmunidad protectora contra infecciones virales que entran por mucosas***, por ejemplo, este estudio realizado por Salinas-Zacarías y colaboradores en el 2020 quienes demostraron que es más efectivo para proteger contra el virus que ocasiona la enfermedad de Aujesky (un herpesvirus que infecta cerdos) al inducir directamente la inmunidad mucosal que al inducir solamente la inmunidad sistémica como ocurre con las vacunas convencionales. Si se investiga a fondo encontraremos muchos otros ejemplos, incluyendo el caso de las vacunas para Polio, donde ***la vacuna oral estimula inmunidad mucosal y sistémica, mientras que la vacuna inyectada no estimula la inmunidad mucosal, por lo que no protege de la infección ni del contagio a otros***.

La siguiente pregunta es obvia, ¿y no sabían esto quienes desarrollaron las vacunas "Covid-19"? ***Es probable que sí lo supieran, porque es literatura básica de inmunología conocer las diferencias entre inmunidad mucosal y sistémica, y su relevancia en controlar infecciones virales que entran al cuerpo por las mucosas***. ***Es poco probable que sea ignorancia***. No se hubieran podido comenzar a preparar/administrar vacunas orales o nasales basadas en ARNm o vacunas vectorizadas basadas en adenovirus. ¿Por qué? Simplemente porque aún no se han evaluado ni desarrollado más allá de algunos estudios preliminares, todos recientes ((1) (2) (3) (4)), aunque definitivamente no se hubieran podido usar esas tecnologías para su administración oral o nasal en el mismo tiempo en el que tuvieron listas las otras "vacunas".

En resumen, aunque todo sea barro, no es lo mismo tinaja que jarro. ***Si queremos evitar más infecciones y detener la transmisión, la inmunidad natural (en respuesta a la primera infección) lo puede lograr, pero la inmunidad "vacunal" actual, no***.

Políticas de "vacunas" Covid

Desde 2021, han surgido políticas de prueba de "vacunación" obligatoria desde sectores políticos y científicos con el objetivo declarado de supuestamente combatir la Covid-19. Estas políticas, iniciadas en todo el espectro político, incluso en muchas democracias liberales, se han extendido a nivel mundial y han implicado: mandatos en el lugar de trabajo (por ejemplo, un mandato federal de EE. UU. de "sin pinchazo, no hay trabajo"); pases verdes/pasaportes de "vacunas" que limitan el acceso a la vida social o los viajes (por ejemplo, Israel, Australia, Canadá, Nueva Zelanda y la mayoría de los países europeos); mandatos basados en la escuela (por ejemplo, la mayoría de las universidades de América del Norte);

bloqueos diferenciales para los no "vacunados" (por ejemplo, Austria y Australia); el uso de métricas de "vacunas" para levantar los bloqueos y otras restricciones (por ejemplo, Australia y Nueva Zelanda).

La justificación comunicada públicamente para implementar tales políticas ha cambiado con el tiempo. Mensajes iniciales sobre la "vacunación" contra la Covid-19 como medida de respuesta de salud pública centrada en proteger a los vulnerables. Este mensaje pasó a alcanzar los umbrales de "vacunación" (de dos dosis) para "acabar con la pandemia" y "volver a la normalidad" que a su vez se ha centrado en una recomendación de "vacunación" universal para reducir la carga hospitalaria/UCI (para abordar la llamada "pandemia de los no "vacunados"), que a menudo incluye "vacunar" a niños pequeños (5 a 11 años), a aquellos con infección previa y a adultos con una dosis de refuerzo en un número creciente de entornos.

La herramienta usada principalmente por las autoridades e instituciones para la ejecución de esas políticas de "vacunación", ha sido el pasaporte/certificado Covid.

Pasaporte Covid

Hemos demostrado que los sueros experimentales, ni detienen la transmisión, ni protegen al inoculado, habría que preguntarle a las autoridades, ¿de qué sirve el certificado o pasaporte Covid en estas condiciones?

Cuatro razones por las que el pasoporte, no funciona y no funcionará (vamos a utilizar datos del Reino Unido porque diferencian entre inoculados y no inoculados, emiten informes semanales y fueron pioneros en la "vacunación"):

1)***Los "vacunados" aún pueden estar infectados con Covid-19***

Como hemos visto, la UKHSA publica un informe semanal de "Vigilancia de vacunas'' que contiene datos sobre casos de Covid-19, hospitalizaciones y muertes por estado de vacunación durante un período de cuatro semanas. Vamos a utilizar datos no recientes, para comprobar nuevamente, algo que ya hemos demostrado: que desafortunadamente para la población "vacunada", desde hace ya bastante tiempo, los datos oficiales muestran que han representado la mayoría de los casos de Covid-19 y que por tanto, ya en aquel entonces, el pasaporte Covid no estaba justificado, mucho menos ahora que hemos demostrado que aquella tendencia, se ha mantenido hasta la actualidad (ver este apartado en general y como he mencionado a la UKHSA y ésta está en el Reino Unido, específicamente ver éste).

Los siguientes tres informes de vigilancia de vacunas:

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 39 (cubre la semana 35-38)

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 43 (cubre la semana 39-42)

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 47 (cubre la semana 43-46)

Muestran que entre el 30 de agosto y el 21 de noviembre del 21, hubo 2 345 883 casos confirmados de Covid-19 solo en Inglaterra. La población no "vacunada" ha representado 1 067 859 (46%) de estos casos, mientras que la población parcialmente "vacunada" representó 169 988 (7%) de estos casos. Pero la población "vacunada" con 2/3 dosis representó 1 108 306 (47%) de estos casos.

Lo que nos lleva a la siguiente razón por la que los pasaportes de "vacunas" no funcionan ni funcionarán.

2) ***Los "vacunados" aún pueden transmitir Covid-19 e infectar a otros***

Esta razón debería ser bastante obvia por el hecho de que la población "vacunada" representa la mayoría de los casos de Covid-19, pero habrá quienes afirmen que esto es culpa de la población no "vacunada" y que son los transmisores de la enfermedad. Así que aquí hay algunas pruebas científicas de que las personas completamente "vacunadas" pueden portar tanto virus Covid-19 como las personas no "vacunadas".

Un estudio de la Universidad de Oxford examinó a 900 miembros del personal hospitalario en Vietnam que habían sido "vacunados" con la inyección del vector viral Oxford / AstraZeneca entre marzo y abril de 2021. Todo el personal del hospital dio negativo para el virus Covid-19 a mediados de mayo de 2021, sin embargo, el primer caso entre los miembros del personal "vacunados" se descubrió el 11 de junio.

Luego, los 900 empleados del hospital fueron evaluados nuevamente para detectar el supuesto virus Covid-19 y se identificaron 52 casos adicionales de inmediato, lo que obligó al hospital a cerrar. Durante las próximas dos semanas, se identificaron 16 casos adicionales.

El estudio encontró que el 76% del personal positivo a Covid-19 desarrolló síntomas respiratorios, con 3 miembros del personal que desarrollaron neumonía y un miembro del personal requirió tres días de terapia de oxígeno. Se encontró que las cargas virales máximas entre el grupo infectado completamente "vacunado" eran 251 veces más altas que las cargas virales máximas encontradas entre el personal entre marzo y abril de 2020 cuando no estaban "vacunados".

Un estudio del Departamento de Salud y Asistencia Social del Reino Unido en el que analizaba la monitorización continua del SARS-CoV-2 en toda la población en el Reino Unido y que además, incluía medidas de la carga viral entre la población, encontró que las cargas virales entre la población "vacunada" y no "vacunada" son prácticamente las mismas, y mucho más altas que las registradas antes del lanzamiento de la inyección de Covid-19. El estudio también encontró que la mayoría de los casos entre la población "vacunada" presentaban síntomas cuando se volvían positivos.

Las "vacunas" desarrolladas contra la Covid-19 no son esterilizantes, es decir, no evitan los contagios. Hasta la fecha la evidencia científica con la que se cuenta sugería que las personas completamente "vacunadas", en caso de infección, presentarían además una menor carga viral del SARS-CoV-2 lo que ayudaría a frenar la diseminación del virus. Un estudio realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), plantea un nuevo escenario.

Los expertos de los CDC investigaron un macro-brote surgido en Massachusetts a través de la que sugieren que ***las personas "vacunadas" contra la Covid-19 que contrajeron la enfermedad, portaban aproximadamente la misma carga viral que los infectados sin inmunizar***. Un estudio que ha sido clave a la hora de que las autoridades sanitarias estadounidenses recomendasen de nuevo que las personas "vacunadas" utilicen mascarillas en espacios interiores. El país, al igual que sucede en la mayor parte del mundo, se enfrenta a la veloz expansión de la variante Delta (B.1.617.2, detectada originalmente en India).

Este hallazgo tiene el potencial de cambiar las ideas que tenemos sobre cómo se transmite la enfermedad. Anteriormente se pensaba que las personas que habían completado la pauta de "vacunación" y se infectaban, presentaban niveles bajos de carga viral y era poco probable que transmitiesen el virus a otras personas. Pero los nuevos datos derivados de la referida investigación demuestran que Delta ha cambiado las reglas del juego.

Si ponemos el foco en el citado brote de Covid-19 este se produjo en Provicetown, zona con la tasa de "vacunación" más elevada de Massachusetts. Hasta aquel momento registraba más de 900 infectados de los que aproximadamente tres cuartas partes ya habían completado la pauta de "vacunación".

En relación a estos hallazgos los expertos alertan del falso mensaje de seguridad que se ha lanzado a la población: ***las "vacunas" no significan un regreso a la normalidad***. Ese objetivo requiere aún mucho tiempo y la inmunización de la población es solo el principio.

"***Las personas 'vacunadas' infectadas con la variante Delta pueden transmitir el virus***", afirmaba la directora de los CDC, Rochelle Walensky. "Ha sido este descubrimiento el que nos ha impulsado a revisar las recomendaciones sobre el uso de las mascarillas".

Según el informe elaborado por los CDC del que parte de sus datos fueron publicados por The Washington Post, ***no había diferencia en la carga viral reportada entre los infectados "vacunados" y sin "vacunar"***.

Un equipo de investigadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Departamento de Justicia de EE. UU. Encontró en un estudio en una prisión de Texas que los reclusos "vacunados" ***eran infecciosos durante exactamente el mismo tiempo y con la misma gravedad que los reclusos no "vacunados"***.

Este estudio difícilmente puede ser más oficial. Los investigadores tampoco fueron críticos de la vacunación.

Estudiaron un brote de Covid en una prisión de Texas en julio de 2021. En las semanas siguientes, se tomaron frotis y pruebas regulares de un grupo seleccionado de reclusos. El resultado: ***No hay diferencia alguna entre los internos "vacunados" y no "vacunados"***.

No se detectó una diferencia estadísticamente significativa en la duración de la positividad del cultivo viral entre los participantes que estaban completamente "vacunados" (mediana: 5 días) en comparación con los que no estaban completamente "vacunados".

Ninguno de los prisioneros infectados murió de Covid-19, aunque más del 70 por ciento tenía sobrepeso u obesidad, según el estudio. Uno vacunado y otro no vacunado fueron hospitalizados. Los síntomas más comunes fueron secreción nasal, deterioro del sentido del gusto y tos. Dado que una prisión es un espacio confinado, los resultados son muy reveladores para hospitales, residencias de ancianos, complejos de oficinas y espacios cerrados en general.

Como muestra este estudio, toda enfermera o médico vacunado es infeccioso durante tanto tiempo y tan gravemente como un médico o enfermera no vacunado. Esta terapia génica no produce inmunidad clínica o estéril.

Advirtieron a los profesionales de la salud que "***consideren a las personas "vacunadas" que se infectan con el SARS-CoV-2 como no menos infecciosas que las personas no "vacunadas"***. Estos hallazgos son de vital importancia, especialmente en entornos colectivos donde la supuesta transmisión viral puede, teóricamente, provocar grandes brotes".

Podemos ver algunas publicaciones (algunas ya están incluidas en este apartado), que demuestran ***que los "vacunados" contagian igual o incluso más que los no "vacunados"***.

3) ***La tasa de casos es mayor en la población "vacunada" con 2/3 dosis***

Como hemos demostrado, las tasas de casos son mucho más altas entre personas inoculadas con respecto a sus homólogos no inoculados. Esto se debe a que como también hemos demostrado, los sueros fallan, mostrando una efectividad real negativa, lo cual se traduce en que están diezmando el sistema inmunológico de los receptores.

*4)**Países en lo que se hizo cumplir el pasaporte, no han obtenido los resultados esperados***

Países como Dinamarca, Israel, Italia, Francia, Alemania o Suiza, que además de estar altamente "vacunados", han introducido la certificación Covid, han encontrado que no ha servido de nada. Así lo ha demostrado este estudio publicado en Lancet. Esto lo podemos corroborar mirando en este informe los

datos de algunos de estos países en relación a la efectividad de los sueros. En estos países, independientemente de la alta de inoculación y de haber introducido el certificado/pasaporte, los "vacunados" presentan mas contagios, mas hospitalizaciones y más muertes que los no "vacunados".

Pero esta publicación no solo demostró lo mencionado. También demostró que la principal utilidad del pasaporte fue obligar a las personas a "vacunarse", es decir, aumentar la aceptación de los sueros. Veamos los resultados:

El aumento en la aceptación fue mayor para las personas menores de 30 años ***después de la introducción de la certificación***. Además, ***esta medida fue aceptada de mejor manera en los jóvenes menores de 20 años ante las restricciones de*** acceso ***vinculadas a ciertos entornos, como clubes nocturnos y eventos con ás de 1000 personas***. Una vez que esta certificación se extendió a entornos más amplios, "la aceptación se mantuvo alta en el grupo más joven, pero también se observaron aumentos en los de 30 a 49 años", destaca el estudio.

La investigación ha demostrado que en los países donde las tasas de "vacunación" eran bajas, ***ésta sufrió un*** aumento significativo ***en el número de dosis administradas con la introducción del pasaporte Covid***. Entre los datos recogidos, destaca Israel con un aumento de 243 151; Francia, con 127 823; Suiza, con 64 952; e Italia, con 66 382. Por el contrario, ***en países como Alemania y Dinamarca, donde exigieron el certificado Covid cuando las tasas de "vacunación" eran altas, no se produjo ningún efecto*** notorio ***en la "vacunación"***. Y señalan el ejemplo de Dinamarca, donde las certificaciones se introdujeron en "épocas de suministro limitado de 'vacunas' y las tasas de 'vacunación' eran mayores que en otros países, con el objetivo de fomentar las pruebas periódicas".

"Las diferencias específicas de cada país son evidentes dados los diversos contextos y razones para introducir la certificación, ***que fue en gran parte para aumentar las pruebas*** (Dinamarca), o en respuesta al aumento de casos (Francia, Alemania y Bélgica) ***o la baja aceptación de la vacuna*** (Italia y Francia)", así lo recalca el estudio. ***Para Alemania***, por ejemplo, ***las tasas de "vacunación"*** aumentaron ***en 3 semanas después de la intervención***. Además, Alemania "también se encontraba en medio de una elección federal, con dos candidatos principales que se oponían públicamente a la certificación".

Cuatro razones por las que los pasaportes de "vacunas" no funcionan ni funcionarán cuando se introduzcan en alguna parte del mundo. El único propósito que tendrán es reforzar aún más la evidencia de que las "vacunas" Covid-19 no están funcionando como se esperaba, y que la población no "vacunada" no tiene la culpa de la supuesta continuación de esta pandemia. Además de crear una sociedad de dos niveles que lleve a la introducción de una identidad digital y una mayor extralimitación del gobierno en nuestra vida diaria.

Los pasaportes de “vacunas” no tienen absolutamente nada que ver con la protección de la salud pública. Son simplemente una herramienta que se utilizará para controlar a la población.

Un informe gubernamental filtrado ha descubierto que **los pasaportes de las “vacunas” en realidad podrían exacerbar la propagación de la Covid** porque alentarían a las personas a visitar lugares más pequeños y con menos ventilación.

Según el informe, compilado por el Departamento de Digital, Cultura, Medios y Deporte [DCMS], la introducción del esquema podría tener el efecto contrario deseado.

Si la certificación desplaza a algunos aficionados de estadios deportivos estructurados y bien ventilados, esto podría llevarlos a acudir a pubs desestructurados y mal ventilados, donde tendrán acceso a más alcohol que si hubiera en los estadios”, afirma el informe. "La evidencia de los euros mostró picos en los casos asociados con los pubs, incluso cuando Inglaterra jugaba en el extranjero".

“La política también reduciría la rotación de los organizadores de eventos que requieran el uso de pasaportes de ‘vacunas’ y requeriría la contratación de miles de nuevos administradores, lo que puede ser difícil de cumplir”.

Un detalle importante que también es interesante conocer:

La planificación para ejecutar el concepto de 'Pasaportes de vacunas' comenzó 20 meses antes del estallido de la pandemia. De lo que hablan estas hojas de ruta no es solo de un documento que restringiría su entrada o movimiento a ciertos lugares. Lo que imaginan es todo un ecosistema Covid, un futuro donde todos y cada uno de los aspectos de su vida sean monitoreados y regulados según los caprichos y la fantasía de estos Señores Farmacéuticos.

La propuesta inicial de “pasaportes de vacunas” fue publicada por primera vez el 26 de abril de 2018 por la Comisión Europea. La propuesta, ignorada por los principales medios de comunicación y enterrada profundamente en un documento que trata sobre "Cooperación reforzada contra las enfermedades prevenibles por vacunación".

Según la hoja de ruta inicial (emitida a principios de 2019) para implementar la propuesta de la Comisión Europea, la acción principal fue "examinar la viabilidad de desarrollar una tarjeta / pasaporte de vacunación común" para los ciudadanos europeos que sea "compatible con los sistemas electrónicos de información de inmunización y reconocida para su uso a través de las fronteras".

Estaba previsto que se emitiera una propuesta legislativa para 2022 en Europa.

En la propuesta también se mencionaron términos como "contrarrestar la vacilación de la vacuna", "brotes inesperados", que no eran tan comunes antes del brote.

Otros puntos en el documento de la hoja de ruta incluyeron el apoyo a la autorización de "vacunas innovadoras, incluso para amenazas emergentes para la salud".

Afirmando que la "industria de fabricación de vacunas" tiene un "papel clave" en el cumplimiento de los objetivos descritos en el documento de hoja de ruta, enumera "mejorar la capacidad de fabricación de la UE" y almacenar vacunas como puntos de acción adicionales que deben implementarse.

El principal beneficiario de estos proyectos de Pasaportes de Vacunas siempre es la industria farmacéutica multinacional y no el hombre común. El negocio estimado de estos gigantes farmacéuticos tuvo un valor de $1.5 billones solo en 2021.

Veamos lo que dicen en un documento oficial ocultado por las autoridades a la ciudadanía española sobre el certificado Covid:

- ***"No hay evidencia de que esta medida tenga un efecto en la reducción de la transmisión del SARS-CoV-2***. ***En los países del entorno europeo donde se esté utilizando, los casos están aumentando de forma importante***. ***Sería además difícil la efectividad de esta medida***.
- ***No refleja realmente el estado inmunitario. Equipara el estar "vacunado" con estar inmunizado y esto no se ajusta a la realidad***. ***Su utilidad para prevenir transmisión seria muy limitada*** e incluso podría tener un impacto negativo si se relajaran las medidas de prevención.
- ***Dificultad para ponerio en marcha de una forma operativa***.
- ***Las coberturas alcanzadas en España dificilmente justificarían el coste y las implicaciones negativas que puede tener esta medida***.
- ***Habría que asegurarse de que no genere situaciones de inequidad"***.

Realidad de las políticas de "vacunas" Covid

Las políticas de "vacunación" han cambiado drásticamente durante la supuesta pandemia, con la rápida aparición de mandatos de "vacunación" en toda la población, pasaportes de "vacunas" nacionales y restricciones diferenciales basadas en el estado de "vacunación". Estas políticas ***han provocado controversias éticas, científicas, prácticas y políticas; sin embargo, ha habido una evaluación limitada de sus posibles consecuencias no deseadas***. Estas políticas son contraproducentes y dañinas desde cuatro ámbitos: 1) psicología del comportamiento, 2) política y derecho, 3) socioeconómico y 4) la integridad de la ciencia y la salud pública.

Muchas políticas de estado de "vacunación" Covid-19 están destinadas a impulsar la aceptación de la vacuna, ya sea enmarcando la "vacunación" como algo que traerá beneficios (viajes internacionales, viajes nacionales, acceso a eventos sociales) o haciendo la vida lo suficientemente difícil para los no "vacunados". Si bien las políticas de "vacunas" se han enmarcado en gran medida como que ofrecen "beneficios" con libertades para quienes se inoculan contra la Covid-19, incluyen ***elementos que son punitivos, discriminatorios y coercitivos, incluido el acceso condicional a salud, trabajo, viajes y vida social en muchos entornos***.

La interpretación pública de las políticas de estado de "vacunación" de Covid-19 se ha producido en el contexto de una pandemia que cambia rápidamente. ***Los anuncios públicos demasiado simplificados, que*** minimizan ***las incertidumbres y los posibles eventos adversos, y la información engañosa*** comunicada ***por las autoridades de salud con respecto a la eficacia de la "vacuna" y el riesgo de enfermedad, han*** ayudado ***a facilitar varias capas de disonancia cognitiva (un estrés psicológico precipitado por la percepción de información contradictoria)***. Los mandatos, los pasaportes y las restricciones segregadas crean un entorno en el que se exageran los efectos de la reactancia porque las personas con poca confianza en las "vacunas" ven la información contradictoria como una validación de sus sospechas y preocupaciones. ***Las*** preocupaciones ***públicas significativas sobre las señales de seguridad y la farmacovigilancia se han visto impulsadas por la falta de transparencia total en los datos de los ensayos clínicos de Covid-19***.

El discurso público y político normalizó rápidamente la estigmatización de las personas que no se "vacunan", a menudo entretejido en el tono y el marco de los artículos de los medios. ***Los líderes políticos han*** señalado ***a los no "vacunados", culpándolos de: la continuación de la pandemia; tensión en la capacidad hospitalaria; la aparición de nuevas variantes; conducir la transmisión a individuos "vacunados"; y la necesidad de encierros continuos, mascarillas, cierre de escuelas y otras medidas restrictivas***. ***La retórica política ha*** descendido ***a un lenguaje moralizador, culpabilizador y condescendiente, usando términos peyorativos para*** promover ***activamente la estigmatización y la discriminación como herramientas para aumentar la "vacunación"***. Esto se ha vuelto socialmente aceptable entre muchas personas "vacunadas" y grupos a favor de la "vacuna", así como entre el público en general. ***El efecto es*** polarizar ***aún más a la sociedad, física y psicológicamente***, con una discusión limitada sobre las razones por las cuales las personas pueden permanecer sin "vacunar" y estrategias específicas para aumentar la aceptación.

Los mandatos y los pasaportes de "vacunas" se han implementado de manera que discriminan a los grupos desfavorecidos, incluidos inmigrantes, personas sin hogar, ancianos aislados, personas con enfermedades mentales, grupos culturales y religiosos específicos, personas en circunstancias de vida precarias y personas con ciertos puntos de vista y valores políticos. ***En lugar de*** mejorar ***la vida humana y fortalecer las comunidades y la cohesión social, muchas***

políticas de "vacunas" actuales, incluidas las multas mensuales por incumplimiento (por ejemplo, Grecia y Austria), pueden funcionar para desempoderar ***a las personas y contribuir al estrés psicosocial y la falta de armonía a largo plazo***.

La supuesta pandemia ha creado una enorme presión sobre los sistemas de salud, contribuyendo a las interrupciones en los programas de inmunización globales, al supuesto agotamiento de los trabajadores de la salud que pueden derivar en supuestos problemas de salud mental, que corren el riesgo de empeorar los resultados clínicos para todos los pacientes. ***Estas tendencias pueden verse*** aumentadas ***por el impulso político actual hacia la "vacunación" obligatoria contra la Covid-19 de los trabajadores de la salud y el despido del personal no "vacunado"***. ***Los mandatos y expulsiones de trabajadores de la salud son particularmente*** injustificables, ***como ha quedado demostrado, la inmunidad natural es muy superior a la teórica supuestamente adquirida con los sueros***. Los datos recientes sobre la transmisión, complican aún más la afirmación ética de que los trabajadores de la salud deben "vacunarse" para prevenir la transmisión del personal al paciente.

Las políticas de "vacunación" contra la Covid-19 que restringen ***el acceso de las personas al trabajo, la educación y los servicios públicos, transporte y la vida social pueden considerarse una*** violación ***de los derechos humanos, incluido el derecho al trabajo (UNICESCR art. 5, 1966)***. Tampoco debemos olvidar que los efectos económicos de restringir el acceso al trabajo también pueden tener consecuencias para los dependientes de los no "vacunados".

El consentimiento informado en entornos de atención médica estándar requiere que ***la decisión de una persona de emprender un tratamiento sea voluntaria, y que la persona*** reciba ***información adecuada sobre los riesgos comparativos y beneficios y pueden sopesarlos con sus circunstancias individuales***. ***La voluntariedad se considera*** socavada ***por influencia indebida, coacción, amenazas de daño y coerción***. ***Los no "vacunados" son completamente*** libres ***de declinar" y muchas políticas claramente limitan la elección y el normal funcionamiento del consentimiento informado***. Para muchos, estas políticas funcionan como coerción y no son vistas como "incentivos".

Las políticas de "vacunación" obligatoria para toda la población son ***científicamente cuestionables, éticamente problemáticas y equivocadas***. ***Dichas políticas pueden*** generar ***impactos perjudiciales a largo plazo en la adopción de futuras medidas de salud pública***, incluidas las propias "vacunas" contra la Covid-19, así como las inmunizaciones de rutina. Como hemos visto, restringir ***el acceso de las personas al trabajo, la educación, el transporte público y la vida social en función del estado de vacunación contra la Covid-19 vulnera los derechos humanos, promueve el estigma y la polarización social y afecta negativamente a la salud y el bienestar***. La vacunación obligatoria es una de las intervenciones más poderosas en la salud pública y debe usarse con moderación y cuidado para mantener las normas éticas

y la confianza en las instituciones científicas. ***Las políticas actuales de "vacunas" contra la Covid-19 deben* reevaluarse *a la luz de las consecuencias negativas que claramente, superan a los beneficios***. Aprovechar las estrategias de empoderamiento basadas en la confianza y la consulta pública representa un enfoque más sostenible para proteger a las personas con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por supuesto Covid-19 y la salud y el bienestar del público.

La adopción de nuevas políticas de estado de "vacunación" ha* provocado *una reacción negativa, una resistencia y una polarización globales y locales de múltiples niveles que amenazan con escalar si continúan las políticas actuales. Es importante enfatizar que estas políticas no son vistas como "incentivos" o "empujones" por proporciones sustanciales de las poblaciones especialmente en marginados, desatendidos o con bajo riesgo de Covid-19. Negar ***a las personas educación, sustento, atención médica o vida social a menos que se "vacunen" no parece coincidir con los principios constitucionales y bioéticos, especialmente en las democracias liberales***. ***Si bien el apoyo público parece haberse* consolidado *detrás de estas políticas en muchos países, debemos reconocer que los marcos de derechos humanos se* diseñaron *para garantizar que los derechos se respeten y promuevan incluso durante emergencias de salud pública***.

Si bien las políticas de vacunación se pueden* reconciliar *con la promoción del derecho a la salud y son una herramienta importante en la misma, deben ser proporcionadas y diseñadas de tal manera que logren un objetivo de salud pública claramente definido. Aquellos que apoyan las restricciones basadas en el estado de "vacunación" parecen suponer que estas medidas son de hecho proporcionadas; que no sean más restrictivas de lo estrictamente requerido; que sean efectivos para prevenir la transmisión y proteger el sistema de salud del colapso; y que no hay opciones disponibles más que mandatos punitivos, pasaportes y restricciones segregadas basadas en el estado de la "vacuna". Como se ha demostrado, ***las políticas de "vacunas" actuales han fallado en estos frentes y no son adecuadas para su propósito***.

Debemos* alentar *a los científicos sociales y del comportamiento, bioeticistas, epidemiólogos, académicos legales y otros a evaluar empíricamente con urgencia los beneficios y daños de las políticas de "vacunación" contra la Covid-19. ***Las evaluaciones* empíricas *son fundamentales en el compromiso con políticos, científicos y organizaciones para reconsiderar las políticas actuales de Covid-19 que afectan a quienes siguen sin "vacunarse"***. Covid-19 no será la última emergencia de salud pública de interés internacional y sigue siendo fundamental que entendamos los mecanismos de política y las inclinaciones de gobernanza que han adoptado tan rápidamente estos enfoques y brindemos evidencia sólida para mejorar la formulación de políticas futuras en tiempos de crisis. De lo contrario, ***es probable que la* propensión *a mandatos, pasaportes, cierres segregados, multas y castigos se conviertan en una característica normativa de facto para la próxima emergencia de salud pública,***

especialmente si están institucionalizados en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

¿Estamos experimentando ahora un cambio de paradigma hacia un ciclo anual permanente de "vacunas" Covid-19 obligatorias, con criterios en constante cambio según el último refuerzo? ¿Las personas no "vacunadas" enfrentarán exclusiones en la sociedad en los próximos años? ¿Volveremos a nuevos mandatos, y batallas callejeras entre manifestantes y policías, cada vez que surja una nueva variante? ¿Serán obligatorias las vacunas contra la influenza y otras vacunas, incluso para los grupos de bajo riesgo? Si las personas no "vacunadas" continúan negándose a ser "vacunadas" en países con castigos estrictos, ¿qué sucede después? ¿Cuál es el objetivo final y dónde está la rampa de salida de la política? Lo que es más importante, ¿qué hará esto por la confianza en los programas mundiales de inmunización y otras medidas de salud pública?

Las burocracias asociadas a la salud pública y la sociedad ahora corren el riesgo de tener que aumentar la coerción para abordar la resistencia actual y futura y, en el proceso, llegar a aprovechar estrategias más consistentes con la vigilancia que con la salud pública. ***Las fuerzas políticas*** utilizan ***a las personas que han optado por no vacunarse por innumerables razones como una clase de chivo expiatorio mientras continúan descuidando el muy necesario fortalecimiento del sistema social y de salud***. ***Sin una justificación empírica y ética apropiada***, las políticas actuales de "vacunas" contra la Covid-19 son un reflejo fundamental de la falta de confianza en la estrategia de salud pública, algo que ciertamente tiene sus raíces en décadas de neoliberalismo, políticas sociales de austeridad y el crecimiento de las redes sociales. Las futuras inversiones en capacidad de salud pública, especialmente en trabajadores de la salud que puedan trabajar en las comunidades para construir una relación de confianza, serán esenciales para emprender una reforma positiva si los mandatos no se convierten en la nueva estrategia global para abordar todas las epidemias y pandemias futuras. ***La transparencia de los datos, la independencia de los medios, el debate público y el escrutinio sobre las políticas de "vacunas" contra la Covid-19 serán*** esenciales ***para mantener la confianza de la población, ayudar a las personas a comprender mejor los riesgos y beneficios del uso continuo de las vacunas actuales y para informar la investigación sobre mejoras y políticas futuras***.

Es hora de que ***la política vuelva a*** centrarse ***en medidas de salud pública no coercitivas, incluido el lenguaje prosocial y el liderazgo comunitario para la vacunación***, especialmente para proteger a los grupos de alto riesgo. Hay otras opciones para abordar la pandemia y no es demasiado tarde para ***volver a las políticas empoderadoras, transparentes e informadas por la comunidad basadas en la equidad y la no discriminación*** que muchos profesionales de la salud pública han estado pidiendo desde el principio. ***El caso*** científico ***de las políticas punitivas de "vacunas" contra la Covid-19, dada la naturaleza patentada de nuestras "vacunas" actuales, ya no*** encaja ***con las normas bioéticas y la ética de la salud pública previas a la pandemia***. Más bien, ***parece estar*** satisfaciendo ***una necesidad colectiva, psicológica y política de chivos expiatorios y reforzar una falsa noción de seguridad***

entre las personas "vacunadas" mientras intentan reanudar la vida social y económica.

Los formuladores de políticas deberían reflexionar sobre la necesidad de hacer cumplir lo que es esencialmente ***un nuevo sistema social segregado de dos niveles*** y cómo afectará esto a diferentes grupos sociales ahora y en el futuro (en términos de comportamiento, política y socioeconómicamente), así como ***el*** impacto ***de tales políticas sobre la integridad de la ciencia y la propia salud pública***. ***Es muy posible que los riesgos y daños de las estrategias punitivas de salud pública*** superen ***con creces los beneficios***.

Reconocimiento de la falsedad de la alta efectividad de los sueros

Es tan grande el volumen de pruebas que demuestran la falta de efectividad de los sueros, que solo era cuestión de tiempo que se empezara a reconocer:

Los investigadores de repente están publicando análisis de la inmunidad menguante y mostrando el fracaso de las "vacunas", en revistas prestigiosas como The Lancet, que prescriben de manera demasiado predecible inyecciones de refuerzo y vacunas nuevas y mejoradas como soluciones; hasta en la televisión, ya se reconoce la verdad, incluso por la propia directora de los CDC en EE.UU.

A fines de julio del 21, las pautas impuestas por los CDC para informar de las muertes por Covid representaban una desviación éticamente cuestionable del estándar de la industria previamente establecido, con médicos forenses y otras personas sospechosamente instruidas para definir las "muertes que involucran Covid-19" como "muertes con confirmado o presunto Covid". **Sin estas reglas de reporte sesgadas, se estima que un 90.2% menos de muertes se habrían atribuido a la** Covid. **Los CDC admiten que entre las muertes acumuladas "que involucran" a Covid desde 2020 (hasta el 25 de julio de 2021), Covid fue la única causa de muerte para solo el** 5%. Para todas las demás muertes "que involucran" a Covid, los certificados de defunción citan un promedio de cuatro condiciones o causas contribuyentes adicionales.

Un estudio informó una fuerte disminución en la efectividad de la "vacuna" contra la infección en agosto de este año, especialmente para las personas que recibieron la "vacuna" J&J", informó CNN: "Los investigadores encontraron que entre más de 600 000 veteranos, la protección de la "vacuna" de J&J cayó del 88% en marzo al 3% en agosto.

Un estudio canadiense ha descubierto que ***la eficacia de la "vacuna" empieza a disminuir bruscamente a las dos semanas de la segunda inyección***.

Este brusco descenso es especialmente problemático para los ancianos, ya que una investigación anterior realizada por Canaday y sus colegas descubrió que a las dos semanas de recibir la segunda dosis de la "vacuna" y ser considerados "totalmente vacunados", los ancianos que no habían contraído previamente el Covid-19 ya mostraban una respuesta reducida en anticuerpos que era

sustancialmente inferior a la que experimentaban los cuidadores más jóvenes. A los seis meses de la vacunación, la sangre del 70% de estos residentes de residencias de ancianos tenía "***una capacidad muy pobre para neutralizar la infección por coronavirus en experimentos de laboratorio***", dijo Canaday.

Un estudio analizó el descenso de la efectividad de diferentes "vacunas" contra Covid-19. Está realizado antes de la aparición de Ómicron y, como muestra el gráfico, ***llega a* detectar *efectividades negativas con el paso del tiempo***.

Los hallazgos de este estudio muestran que hubo ***una disminución progresiva de la efectividad de la "vacuna" de Pfizer contra la infección por SARS-CoV-2 de cualquier gravedad***, sin que se detecte efectividad de la "vacuna" a partir de los 7 meses.

Para hospitalización o muerte por Covid-19, la efectividad de las "vacunas"* disminuyó *a partir de los 4 meses.

La teórica protección ofrecida contra la variante Ómicron de la Covid-19 se* desvanece rápidamente *tras una segunda y tercera dosis de la "vacuna" de Pfizer-BioNtech, según un estudio revisado por expertos y publicado en la Red JAMA.

El estudio descubrió que había una rápida disminución de los anticuerpos séricos neutralizantes específicos de Ómicron solo unas semanas después de la administración de la segunda y tercera dosis de la "vacuna".

Los autores dijeron:

"Nuestro estudio encontró una rápida disminución de los títulos de anticuerpos séricos neutralizantes específicos para Ómicron solo unas semanas después de la segunda y tercera dosis", dice un resumen del estudio, y añade que "la disminución observada en los títulos de anticuerpos neutralizantes de la población corresponde a la disminución de la eficacia de la 'vacuna' contra la infección de Ómicron confirmada por la reacción en cadena de la polimerasa en Dinamarca y la infección sintomática de Ómicron en el Reino Unido".

Los niveles de anticuerpos, que se asocian a la protección contra futuras infecciones,* disminuyeron *a las pocas semanas de recibir las "vacunas".

La proporción de anticuerpos específicos de Ómicron cayó del 76% cuatro semanas después de la segunda dosis al 53% entre la octava y la décima semana. Entre las semanas 12 y 14, estos niveles se redujeron aún más, hasta alcanzar solo el 19%, según el estudio.

Un estudio encontró que el ARN mensajero experimental (ARNm) BNT162b2 biológico de Pfizer / BioNTech para Covid ***pierde significativamente su eficacia dentro de los seis meses posteriores a la segunda inyección***. Investigadores de la Universidad de Verona en Italia y del Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati en Ohio observaron a 787 trabajadores

de la salud en Verona, Italia entre las edades de 21 y 75 años y encontraron que ***sus niveles de anticuerpos contra el virus del SARS-CoV-2 habían disminuido en 57% seis meses después de la segunda dosis de la inyección***.

Los estudios iniciales de BNT162b2 realizados por Pfizer y BioNTech estimaron la eficacia de la inyección para prevenir los síntomas graves de la enfermedad Covid en un 95%. Sin embargo, un estudio del "mundo real" de 4000 trabajadores de la salud realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos sugirió que la efectividad de BNT162b2 estaba más cerca del 90%. Según los datos obtenidos del estudio italiano, se estima que ***la eficacia de la inyección es de alrededor del 33%***.

En agosto, Pfizer y Kaiser Permanente publicaron un estudio de los registros de salud electrónicos de aproximadamente 3.4 millones de personas que habían recibido dos dosis de BNT162b2. El estudio, que se publicó posteriormente en la revista médica The Lancet, estimó ***la eficacia de BNT162b2 en un 47% seis meses después de la segunda inyección***.

Otro estudio reciente realizado por investigadores del Instituto de Salud Pública en Oakland, California, el Centro Médico de Asuntos de Veteranos en San Francisco y el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas ***estimó la eficacia del biológico en un 45% después de seis meses***. Ese estudio fue publicado en la revista Science.

Un estudio israelí confirmó que ***la supuesta inmunidad proporcionada por dos dosis de la "vacuna" Pfizer disminuye rápidamente solo unas semanas después de la "vacunación"***, pero aún ofrecía las llamadas inyecciones de refuerzo como solución.

El estudio, que fue realizado por Leumit Health Services en Israel y los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. (NIH), y publicado en el British Medical Journal (BMJ) a principios de este mes, ***muestra que el riesgo de contraer Covid-19 se duplica solo en 90 días después de recibir una segunda dosis de la inyección de Pfizer, y sigue aumentando a medida que pasa más tiempo***.

"En una gran población de adultos sometidos a pruebas de detección del SARS-CoV-2 mediante RT-PCR después de dos dosis de la 'vacuna' de ARNm, se observó un aumento gradual en el riesgo de infección para las personas que recibieron su segunda dosis de 'vacuna' después de al menos 90 días", Reveló el estudio.

Además, la tabla 3 del estudio muestra que la tasa de pruebas positivas de Covid se cuadruplicó del 2.4% al menos 90 días después de la "vacunación" al 10.6% al menos 150 días después de la "vacunación".

El equipo interpretó los hallazgos como una posible explicación del dramático aumento de casos de Covid que Israel ha estado experimentando en los últimos meses.

"Desde junio de 2021, se ha observado un resurgimiento de personas con SARS-CoV-2, que podría deberse supuestamente, al menos en parte, a la disminución de los niveles de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 en las personas 'vacunadas'", dijo el estudio.

Los resultados del nuevo estudio ofrecen más evidencia de lo que ya publicó otro estudio israelí en agosto: "***La inmunidad natural ofrece una mejor protección contra Covid que las "vacunas" Covid***".

A pesar de esto, el equipo aún concluyó que las inyecciones de refuerzo son una buena idea para contrarrestar la disminución de la inmunidad entre las personas "vacunadas". "Los resultados sugieren que podría justificarse la consideración de una tercera dosis de 'vacuna'", dijo el estudio. Se llegó a esta conclusión sin proporcionar ninguna prueba que la respalde y a pesar de que las pruebas demuestran lo contrario. De hecho, en agosto, Israel vio 14 casos de Covid en personas que habían recibido su tercera dosis solo una semana antes de dar positivo, y un científico biomédico citado en un informe publicado en ese momento admitió que los refuerzos eran ineficaces contra la variante Delta.

Ésta no es la primera vez que **las autoridades de salud se** contradicen **al pedir inyecciones de refuerzo y al mismo tiempo admitir que incluso dosis múltiples de las "vacunas" experimentales de ARNm no brindan una protección eficiente y duradera contra Covid-19**.

Desde el comienzo de la crisis del coronavirus, las principales autoridades sanitarias nacionales e internacionales han asegurado repetidamente al público que las "vacunas" son la salida de lo que describen como una pandemia.

En junio de este año, el ministro del Reino Unido para el despliegue de la "vacuna" Covid, Nadhim Zahawi, dijo que las "vacunas" contra el coronavirus son "nuestra salida de esta pandemia", haciéndose eco de las palabras del secretario de Salud del Reino Unido, Matthew Hancock, quien las describió como "el amanecer levantando todo de la penumbra" en una entrevista televisada.

Y en noviembre del año pasado, el profesor Sir John Bell del Grupo Asesor Científico para Emergencias (SAGE), que está asesorando al gobierno del Reino Unido en su política de coronavirus, dijo que la vida volvería a la normalidad en la primavera de 2021.

Los comentarios recientes hechos por el asesor médico jefe de Joe Biden, el Dr. Anthony Fauci, parecen confirmar que las inyecciones de refuerzo podrían convertirse en "la nueva normalidad".

Mientras tanto, la Comisión Europea advirtió a los países contra la implementación unilateral de refuerzos para las "vacunas" Covid experimentales, diciendo que no hay suficiente información disponible sobre los riesgos potenciales relacionados con la administración de una tercera dosis a los pacientes.

Y en los EE. UU., Los datos del Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) continúan mostrando un número alarmante de reacciones adversas graves al suero experimental después de solo una o dos dosis.

***Como ha quedado demostrado, las sueros ni son eficaces, ni son seguros; no previenen la enfermedad, no reducen la gravedad, ni mucho menos van a controlar la enfermedad. No solo no protegen, sino que han empeorado la situación*; además, no se les puede llamar "vacunas" por mucho que los CDC cambien la definición** repentinamente para intentar tapar su ineficacia y favorecer la inoculación obligatoria. Es pura "casualidad", que llegue al mismo tiempo que la supuesta autorización de la FDA al suero de Pfizer.

Riesgo-beneficio

Los ensayos clínicos no afirmaron que las "vacunas" redujeron las infecciones o la transmisión del virus. Algunos todavía pueden estar sorprendidos por esto, pero con muchos meses de datos, este punto se ha vuelto claro.

Pero los defensores se apresuraron a señalar que las "vacunas" brindan una buena protección contra las hospitalizaciones y la muerte. Por lo tanto, aunque no es necesario "vacunarse" para proteger a los demás, se recomienda protegerse uno mismo.

Increíblemente, ***los estudios originales que se realizaron para obtener la aprobación regulatoria no*** examinaron ***la mortalidad por todas las causas***. Más bien, solo observaron la mortalidad por Covid, ya que eso era lo que estaban diseñados para reducir.

Pero, ¿qué pasa con la mortalidad por todas las causas? Esta pregunta generó mucha especulación y se vio reforzada por un examen cuidadoso del informe del ensayo de Pfizer. El informe mostró que después de 8 meses de estudio, hubo 21 muertes en el grupo "vacunado" y 17 en el grupo no "vacunado". De hecho, hubo más muertes ***en el grupo de la "vacuna" que en el grupo del placebo***, ***un aumento relativo del 22%***.

Un estudio disponible como preimpresión en The Lancet comparó las "vacunas" de ARNm (Pfizer y Moderna) con las "vacunas" de vectores de adenovirus (AstraZeneca y Johnson & Johnson) para examinar cómo difieren en cuanto a las reacciones adversas. En la introducción, el documento dice: ". . . ***ahora se ha establecido en numerosos estudios, que las 'vacunas' pueden tener efectos completamente inesperados en la mortalidad general***". Y que "***los ECA controlados con placebo de las 'vacunas' contra Covid-19 se*** detuvieron ***rápidamente debido a los claros efectos en las infecciones por Covid-19***".

Los datos mostraron ***que los participantes que recibieron la "vacuna" de ARNm tuvieron más muertes cardiovasculares, muertes no accidentales y muertes por todas las causas en comparación con los grupos de placebo después de*** examinar ***nueve ensayos controlados aleatorios (ECA)***.

Se señaló en la conclusión que la mayoría de los países más ricos eligieron ***las "vacunas" de ARNm, que estaban relacionadas con una mayor mortalidad***. Los autores concluyeron diciendo que "***esta podría resultar una decisión muy costosa, tanto económica como sanitariamente***".

Según datos del rastreador Covid-19 de Walgreens (una empresa que opera la segunda cadena de farmacias más grande de los Estados Unidos, especializada en información de salud) revelan que ***las personas que recibieron la inyección Covid están dando positivo por Covid a tasas más altas que las que no han sido inyectadas***. Además, ***las personas que recibieron su última inyección hace cinco meses o más corren*** mayor riesgo.

Como se puede observar, durante la semana del 19 al 25 de abril de 2022, el 13% de los no "vacunados" dieron positivo por supuesta Covid (siendo la supuesta Ómicron la variante predominante). Los datos revisados son de la semana del 10 al 16 de abril. De los que recibieron dos dosis hace cinco meses o más, el 23.1% dieron positivo, y de los que recibieron una tercera dosis hace cinco meses o más, la tasa de positividad fue del 26.3%. Entonces, ***después de la primera inyección de refuerzo (la tercera dosis), las personas corren el mayor riesgo de dar positivo por Covid***.

Un análisis más profundo de los datos revela que ***las dos dosis después de cinco meses, se vuelve dañinas. El grupo al que le está yendo peor es la cohorte de 12 a 17 años, donde después de la segunda dosis, los casos*** aparecen ***repentinamente y aumentan aún más después de cinco meses. Después de la tercera dosis, los casos se*** disparan ***más que nunca después de cinco meses***.

Tomando estos datos al pie de la letra, ***el mejor de los casos es que los*** refuerzos ***lo hacen un poco mejor por un corto tiempo en comparación con haber recibido una dosis doble hace más de 5 meses, pero que en ningún caso lo*** devuelven ***a un nivel mejor que el que está sin "vacunar" luego, con el tiempo, empeoran y en cada grupo de edad te dejan más*** propenso ***a la infección que los que no se han inoculado***.

Los datos del gobierno del Reino Unido revelan una tendencia similar muy inquietante. Como hemos visto, los datos sin procesar de la Oficina de Estadísticas Nacionales son difíciles de interpretar, el gráfico de barras es para ilustrar mejor lo que realmente demuestran.

Las barras que suben indican que el riesgo de mortalidad por todas las causas según el estado de "vacunación" es normal o reducido. Las barras que caen por debajo del cero por ciento son indicativas de una mayor mortalidad por todas las causas, según el estado de "vacunación".

Como se puede observar:

- ***La tasa de mortalidad por todas las causas es entre un 100% y un 300% mayor entre las personas que recibieron su primera dosis hace 21 días o más***.

- ***El riesgo de muerte por todas las causas también es significativamente elevado entre quienes recibieron la segunda dosis hace al menos seis meses, y levemente elevado entre quienes recibieron la tercera dosis hace menos de 21 días.***

- ***A partir de enero de 2022, todos los que recibieron una o más dosis hace al menos 21 días morían a tasas significativamente elevadas***.

Las tendencias demuestran ***que las inyecciones contra la Covid están resultando en tasas de mortalidad más altas***. Aquí podemos ver una ilustración animada de Our World In Data, que primero muestra las tasas de "vacunación" de América del Sur, América del Norte, Europa y África, desde mediados de diciembre de 2020 hasta la tercera semana de abril de 2022, seguido de las muertes por Covid confirmadas acumuladas por millón en esos países durante ese mismo período de tiempo.

África ha tenido una tasa de "vacunación" constantemente baja en todo momento, mientras que América del Norte, Europa y América del Sur han tenido tasas de "vacunación" en rápido aumento. África también ha tenido una tasa de mortalidad por Covid consistentemente baja, aunque alrededor de septiembre de 2021 comenzó un ligero aumento. Aún así, no se acerca a las tasas de mortalidad por Covid de América del Norte, América del Sur y Europa, todas las cuales experimentaron aumentos dramáticos.

Como hemos visto, un análisis de riesgo-beneficio, demuestra que, ***con muy pocas excepciones, las inyecciones Covid hacen más daño que bien***. El análisis de riesgo-beneficio realizado por Stephanie Seneff, Ph.D., y Kathy Dopp, publicado a mediados de febrero de 2022, concluyó que ***la inyección de Covid es más letal que el propio Covid-19***.

Analizaron los datos oficiales disponibles públicamente de los Estados Unidos y el Reino Unido para todos los grupos de edad, y compararon la mortalidad por todas las causas con el riesgo de morir por Covid-19. "***Todos los grupos de edad menores de 50 años corren un mayor riesgo de muerte después de recibir una inoculación de Covid-19 que una persona no "vacunada" corre el riesgo de morir por Covid-19"***, concluyeron Seneff y Dopp. Y ***para los adultos más jóvenes y los niños, no hay beneficio, solo riesgo.***

El análisis es conservador en el sentido de que solo considera las muertes por inyecciones contra Covid que ocurren dentro del mes posterior a la inyección. Como lo demuestran los datos del Reino Unido anteriores, ***el riesgo de muerte por todas las causas es casi un 300 % mayor para aquellos que recibieron una segunda dosis hace al menos seis meses***.

De manera similar, un análisis de datos en el Sistema de Informe de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS) de Estados Unidos sugiere que en los menores de

18 años, las inyecciones solo aumentan el riesgo de muerte por Covid. ***Si tiene menos de 18 años, tiene*** 51 veces ***más probabilidades de morir por la inyección antiCovid que si no está "vacunado"***.

En el rango de edad de 18 a 29 años, la inyección matará ***a 16 por cada persona que salve de morir por Covid, y en el rango de edad de 30 a 39, el número*** esperado ***de muertes por "vacunas" para prevenir una sola muerte por Covid es 15. En el grupo de edad de 60 a 69 años, la inyección*** matará ***a una persona por cada persona que salve de morir de Covid***.

Un análisis de riesgo-beneficio, se publicó inicialmente el 24 de junio de 2021 en la revista Vaccines. El medio provocó un alboroto entre el consejo editorial, y algunos de ellos renunciaron en protesta. Al final, la revista simplemente se retractó, una estrategia que parece haberse convertido en norma. Después de una nueva revisión exhaustiva, el documento se volvió a publicar en la edición de agosto de 2021 de Science, Public Health Policy and the Law. El análisis encontró que, "***muy probablemente por tres muertes prevenidas por la 'vacunación' tendremos que aceptar que unas dos personas mueren como consecuencia de estas inyecciones***", escribieron los autores en una Carta al Editor de Clinical and Translational Discovery.

Sin embargo, la relación riesgo-beneficio puede ser incluso peor que eso, ya que ***estos cálculos no tienen en cuenta el hecho de que los datos de farmacovigilancia pasiva "son notorios por subestimar las bajas y los efectos secundarios***", señalan los autores, o el hecho de que los efectos secundarios graves como la miocarditis están afectando a los hombres jóvenes a un ritmo asombroso, lo que puede reducir la esperanza de vida a largo plazo.

Las "vacunas" han empeorado las cosas

Otro "célebre" mantra incluido en el discurso oficial, dice lo siguiente: "Altas tasas de 'vacunación', por encima del 70%, nos pemitiran controlar la pandemia". Vamos a demostrar que también esta afirmación es falsa y que los sueros, más que "controlar" la supuesta pandemia y mejorar la situación, la han empeorado:

De acuerdo con los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, los "casos" de Covid-19 tuvieron una tendencia a la baja desde que alcanzaron su punto máximo durante la primera y segunda semana de enero de 2021. A primera vista, esta disminución parece ocurrir en conjunto con el lanzamiento de las "vacunas" antiCovid. El 1 de enero de 2021, solo el 0.5 % de la población de Estados Unidos había recibido una dosis de la "vacuna" antiCovid. A mediados de abril, alrededor del 31 % había recibido una o más dosis, mientras que para el 15 de junio, el 48.7 % ya se había "vacunado" por completo. Sin embargo, como se señaló en un artículo del portal de noticias STAT News del 12 de julio de 2021, los "casos" comenzaron a disminuir antes de que se aplicaran tantas "vacunas" antiCovid. "Al seguir los patrones de pandemias anteriores, la disminución de los nuevos casos de Covid-19 comenzó mucho antes de que una gran cantidad de personas hubiera recibido la 'vacuna'", Robert M. Kaplan, profesor emérito de la UCLA Fielding School of Public Health, escribió lo siguiente:

"Hace casi 50 años, los sociólogos médicos John y Sonja McKinlay examinaron las tasas de mortalidad de 10 enfermedades graves: tuberculosis, escarlatina, influenza, neumonía, difteria, tosferina, sarampión, viruela, fiebre tifoidea y poliomielitis. En cada caso, la nueva terapia o vacuna a la que se le atribuye el éxito se introdujo mucho después de que la enfermedad estuviera en declive. Hace poco tiempo, el historiador Thomas McKeown identificó que las muertes por bronquitis, neumonía e influenza comenzaron a disminuir 35 años antes de que aparecieran los nuevos medicamentos a los que se atribuyó su éxito. Estos análisis históricos son relevantes para la pandemia actual".

Como señaló Kaplan, ***los "casos" de Covid-19 alcanzaron su punto máximo a principios de enero de 2021. El 8 de enero, se registraron más de 300 000 resultados positivos diarios. Para el 21 de febrero, se redujo a 55 000 casos diarios. Las "vacunas" antiCovid-19 recibieron la autorización de uso de emergencia a fines de diciembre de 2020, pero para el 21 de febrero, solo el 5.9 % de los adultos en Estados Unidos habían recibido las 2 dosis. A pesar de una tasa de "vacunación" tan baja, los nuevos "casos" disminuyeron en un 82 %***. Si se tiene en cuenta que las autoridades sanitarias afirman que necesitamos que el 70 % de las personas en Estados Unidos se "vacunen" para lograr la inmunidad colectiva y detener la propagación de este virus, esto no tiene sentido. ***Es obvio que las "vacunas" antiCovid no tuvieron nada que ver con que disminuyeran los resultados positivos de las pruebas***. ***La explicación más razonable para la disminución de las tasas de SARS-CoV-2 parece ser la inmunidad natural por infecciones previas***, que varían de un estado a otro. Kaplan cita un estudio realizado por los Institutos Nacionales de Salud, que sugiere que la prevalencia del SARS-CoV-2 fue 4.8 veces mayor de lo que se pensaba antes, gracias a una infección sin diagnosticar.

En otras palabras, afirman que por cada resultado positivo reportado, tal vez hubo casi cinco personas adicionales que tuvieron la infección, pero que no recibieron un diagnóstico. Para analizar a fondo estos datos, Kaplan calculó la tasa de inmunidad natural al dividir el nuevo número estimado de personas infectadas de forma natural entre la población de cualquier estado:

"Para mediados de febrero de 2021, se estima que 150 millones de personas en los Estados Unidos (el quíntuple de 30 millones) podrían haber sido infectadas con SARS-CoV-2. Para abril, calculé que la tasa de inmunidad natural estaba por encima del 55 % en 10 estados: Arizona, Iowa, Nebraska, Dakota del Norte, Oklahoma, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Utah y Wisconsin.

En el otro extremo, calculé que la tasa de inmunidad natural estaba por debajo del 35 % en el Distrito de Columbia, Hawai, Maine, Maryland, New Hampshire, Oregón, Puerto Rico, Vermont, Virginia y Washington.

Para fines de 2020, las nuevas infecciones disminuían muy rápido en casi todos los 10 estados donde es posible que la mayoría haya tenido inmunidad natural, mucho antes de que un minúsculo porcentaje de personas en Estados Unidos estuvieran completamente "vacunadas". En el 80 % de estos estados, el día en

que los nuevos casos estaban en su punto máximo ocurrió antes de que las "vacunas" estuvieran disponibles.

En contraste, los 10 estados con tasas más bajas de infecciones previas tenían muchas más probabilidades de experimentar nuevos aumentos en los casos de Covid-19 en marzo y abril. A finales de mayo, los estados con menos infecciones nuevas tenían tasas de "vacunación" más bajas que los estados con más infecciones nuevas".

La verdad es que los casos de SARS-CoV-2 estaban más altos en los estados donde la inmunidad natural era baja y la tasa de "vacunación" era alta. Mientras tanto, en los estados donde la inmunidad natural (debido a la exposición no diagnosticada) era alta y la tasa de "vacunación" era baja, el número de casos nuevos diarios también era menor.

Esto tiene sentido, si la inmunidad ***natural es tan efectiva. También tiene sentido si las "vacunas" antiCovid no ofrecen una protección significativa contra la infección, que también sabemos que es el caso***. En primer lugar, ésta es una "vacuna" que aún no se ha probado y no tenemos idea del daño a corto plazo y mucho menos a largo plazo, ya que cualquier esfuerzo razonable para recopilar estos datos se ha eliminado. En segundo lugar, la capacidad de sobrevivir al Covid-19 fuera de las casas de retiro es del 99.74 %. Si tiene menos de 40 años, su probabilidad de sobrevivir al Covid-19 es del 99.99 %. No puede mejorar sus posibilidades de sobrevivir más allá de eso, por lo que ***las "vacunas" antiCovid no pueden terminar con la pandemia***. Mientras tanto, las "vacunas" antiCovid vienen con una lista cada vez mayor de posibles efectos secundarios que pueden quitar años o décadas de su esperanza de vida natural. ***Las "vacunas" son innecesarias para cualquier persona con inmunidad natural***, sin embargo, eso es lo que recomiendan los CDC.

En una comparación de 68 países y 2947 condados en los Estados Unidos, un nuevo estudio concluye que las jurisdicciones con altas tasas de "vacunación" no tienen tasas de infección más bajas. Un estudio reciente recién publicado en el European Journal of Epidemiology demostró que las tasas de vacunación no tuvieron un efecto en los nuevos casos de Covid en la primera semana de septiembre. El estudio examinó 68 condados de todo el mundo y comparó los casos de Covid-19 por cada millón de personas de cada país con el porcentaje de la población que está completamente "vacunada". No encontró "una relación discernible entre el porcentaje de población completamente 'vacunada' y los nuevos casos de Covid-19 en los últimos 7 días".

La línea de tendencia sugiere una asociación marginalmente positiva tal que ***los países con un mayor porcentaje de población completamente "vacunada" tienen más casos de Covid-19 por cada millón de personas***. En particular, Israel, con más del 60% de su población completamente "vacunada", tuvo los casos más altos de Covid-19 por cada millón de personas en los últimos 7 días. ***La falta de una asociación significativa entre el porcentaje de población completamente "vacunada" y los nuevos casos de Covid-19 se ejemplifica aún más, por ejemplo, en la comparación de Islandia y Portugal. Ambos***

países tienen más del 75% de su población completamente "vacunada" y tienen más casos de Covid-19 por cada millón de personas que países como Vietnam y Sudáfrica que tienen alrededor del 10% de su población completamente "vacunada".

Se hace una observación similar cuando se examinan los condados de EE. UU. "***Tampoco parece haber señales significativas de que los casos de Covid-19 disminuyan con porcentajes más altos de población completamente 'vacunada'***'".

Si bien los datos de este estudio son una instantánea de los cambios en la primera semana de septiembre, proporcionan un enlace a datos históricos donde también se pueden ver otras semanas. Este último estudio confirma lo que muchos otros han estado observando, que ***incluso una campaña de "vacunación" exitosa no reduce los nuevos casos de Covid***.

Aunque la mayoría de los estudios analizan qué tan efectivas son las "vacunas" Covid para prevenir la muerte por Covid, ***la medida más importante de la efectividad general de la "vacuna" es su efecto sobre la muerte por todas las causas***. Podría ser que la "vacuna" reduzca la muerte por Covid, pero al mismo tiempo puede aumentar la muerte de muchas otras formas, como enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, etc.

La Oficina de Estadísticas Nacionales de Inglaterra publicó datos que registran las muertes por todas las causas según el estado de "vacunación", entre enero y septiembre de 2021. Al observar las muertes por 100 000 en el rango de edad de 10 a 59, durante la campaña de "vacunación", ***hay un aumento significativo de muertes entre los "vacunados" en comparación con los no "vacunados"***. Lo extraño es que hubiéramos esperado ver lo contrario, ya que se supone que la vacuna reduce la mortalidad. En cambio, las muertes por cada 100 000 son el doble entre los vacunados en comparación con los no "vacunados".

Datos igualmente perturbadores están llegando de Alemania, donde los investigadores, el Dr. Rolf Steyer y el Dr. Gregor Kappler, llevaron a cabo un análisis que examinó el exceso de mortalidad en los estados alemanes durante las semanas 36 a 40. El análisis comparó los estados que tenían tasas de "vacunación" más altas con los que tenían tasas de "vacunación" más bajas. Uno habría esperado encontrar que en los estados donde había más "vacunación", habría menos muertes, pero nuevamente, los datos muestran lo contrario. "***Cuanto mayor es la tasa de "vacunación", mayor es el exceso de mortalidad***".

Como se informó en Reitschuster, la evaluación estadística da la siguiente imagen: El eje y muestra el exceso de mortalidad en porcentaje. Por ejemplo, 110.0 representa un exceso de mortalidad del 10%. 100.0 significa que no hay exceso de mortalidad y marca el promedio de 2016 a 2020. El eje x muestra la tasa de "vacunación" del estado en porcentaje.

Turingia (4%) y Sajonia (2%), los dos estados con las tasas de "vacunación" más bajas, también tienen el exceso de mortalidad más bajo. El favorito es Mecklemburgo-Pomerania Occidental con una tasa de "vacunación" del 66% y una tasa de mortalidad excesiva del 16%. Los estados federales más grandes están todos en el rango de un exceso de mortalidad del 10% con tasas de "vacunación" del 66 al 71%.

"**La correlación es + .31, es sorprendentemente alta y especialmente en una dirección inesperada**", explica.

"En realidad, debería ser negativo, de modo que se pudiera decir: cuanto mayor es la tasa de 'vacunación', menor es el exceso de mortalidad. Sin embargo, ocurre lo contrario y esto debe aclararse con urgencia. ***Se puede observar un exceso de mortalidad en los 16 estados***".

Estos datos son muy preocupantes por decir lo menos. En la conclusión del estudio, Steyer y Kapler sugieren que puede haber otras explicaciones. Como cambios en la distribución de los ancianos en los últimos años (con mayor tasa de "vacunación" y mayor mortalidad). Sin embargo, esta explicación no es muy plausible, ya que la proporción de personas mayores habría cambiado significativamente entre 2016-2020 en comparación con 2021. Otra explicación podría ser; que las tasas de "vacunación" más altas se logran mediante un mayor estrés y ansiedad que conducen a un mayor número de muertes.

The Unz Review elaboró un estudio similar que llegó a la misma conclusión. ***En todas partes del mundo donde se administran ampliamente las "vacunas" antiCovid, se está experimentando un aumento masivo en el exceso de mortalidad***.

"Incluso excluyendo las muertes por Covid, estuvieron casi un 20% por encima de lo normal durante la semana más reciente, y la tendencia está aumentando", señaló Alex Berenson en su Substack.

Al observar los datos de Inglaterra y Alemania, parece que la "vacunación" está al menos correlacionada y, tal vez, incluso cause significativamente más muertes. Estos datos son consistentes con las advertencias de los sistemas de notificación temprana que monitorean la seguridad de las "vacunas".

En mayo, los informes mostraron que Uruguay tuvo la tasa de mortalidad más alta del mundo per cápita durante varias semanas a pesar de tener una de las campañas de "vacunación" más exitosas. Ésta es también una situación común en otros países altamente "vacunados" como Bahrein y Maldivas.

Uruguay, un país de alrededor de 3.5 millones de habitantes, registró un promedio de 55 muertes diarias y 1.6 muertes por cada 100 000 habitantes, cifra que se mantuvo constante desde que aumentaron los casos en abril del 21.

Bahrein registró 0.9 muertes por 100 000, y Maldivas tiene métricas igualmente aleccionadoras que informaron muertes mucho mayores que países como Estados Unidos (0.15 por 100 000) e India (0.29 por 100 000).

Países como Chile y Seychelles también se encuentraban entre las peores oleadas de infecciones por Covid del mundo. Aunque tenían niveles de "vacunación" más altos que los de EE. UU., los expertos aún advertían que levantar las restricciones demasiado pronto podría hacer que el público se volviera complaciente.

La "vacunación" no tuvo ningún efecto sobre las tasas de incidencia en Francia, demostración a partir de los datos disponibles en Public Health France:

Analizamos los datos de salud pública de Francia a día 17 de noviembre del 21. Por lo tanto, descargamos los datos brutos sobre las tasas de incidencia para cada región francesa (área metropolitana) y las tasas de "vacunación" correspondientes. Estos datos (Cobertura de "vacuna" al menos una dosis según la edad 2021-11-17 (todas las edades), y Tasa de incidencia (2021-11-09-2021-11-15)) están disponibles aquí.

Este tipo de verificación es muy simple: si la vacunación protege contra la enfermedad, cuanto más se "vacunen" las regiones, menores deberían ser sus tasas de incidencia.Por tanto, para una región en el que todo el mundo (100%) estaría "vacunado", la tasa de incidencia debería ser muy baja, o incluso cero. Por el contrario, un departamento donde nadie está "vacunado" (0%) debería ver que su tasa de incidencia alcance un nivel máximo. Se puede ilustrar esto de manera muy simple con un gráfico en el que se indica en "x" (eje horizontal, abajo) la tasa de incidencia medida en cada departamento, y en "y" (eje vertical, a la izquierda), la correspondiente tasa de "vacunación" para cada una de estas regiones. Esto es lo que se muestra en la figura 1, en la que encontramos esta solución teórica ideal: "Si la 'vacunación' bloqueara el aumento de la tasa de incidencia".

La figura, es la representación teórica del efecto 100% efectivo de la "vacunación" sobre la tasa de incidencia. Para una población completamente "vacunada" (100%), la tasa de incidencia es mínima (cercana al 0%). Para una población menos vacunada (~ 50%), la tasa de incidencia es máxima. Un cálculo matemático permite a partir de la distribución de los datos asegurar su coherencia con la hipótesis planteada (la "vacuna" evita el aumento de la tasa de incidencia). Este cálculo se muestra en la parte superior del gráfico. f(x) da la ecuación de la línea más cercana a los datos medidos. En nuestro ejemplo perfecto, esta línea se superpone a los datos. Esta adecuación entre teoría y observación se traduce por un coeficiente, llamado R^2 (coeficiente de correlación). Si R^2= 1, la correlación es perfecta (el caso de este ejemplo teórico). Cuanto más lejos esté R^2 de 1, menos significativa esta correlación. Convencionalmente, se considera que la correlación es significativa cuando R^2 es mayor que 0.8.

Tomemos ahora los datos reales proporcionados por Public Health France y construyamos el mismo gráfico, representado en la figura 2. De inmediato observamos que no se parece a la gráfica de eficiencia teórica de la figura 1 y que

en realidad no hay correlación entre la tasa de "vacunación" y la tasa de incidencia con los datos de Public Health France. Esto da como resultado un coeficiente de correlación catastrófico de 0.0009.

La figura 2, es la representación del efecto de la "vacunación" sobre la tasa de incidencia en las regiones francesas según los datos de Public Health France descargados el 19 de noviembre de 2021. Cada punto del gráfico es una región. Las regiones se clasificaron en orden ascendente de tasa de incidencia. El más bajo (punto a la izquierda) es Mayenne con una tasa de incidencia de 61.2 para el 80.4% de la cobertura de "vacunación", el más alto (punto a la derecha) es Ardèche con una tasa de incidencia de 241.1 para el 74.9% de la cobertura de "vacunación". El **R^2 de 0.0009 indica inequívocamente que no existe relación entre la cobertura de "vacunación" y las tasas de incidencia medidas**.

A la vista de estos datos, podemos afirmar sin la menor duda que ***en Francia, la "vacunación" no tuvo absolutamente ningún efecto sobre las tasas de incidencia medidas por la presencia de SARS-CoV-2***, virus supuestamente responsable de Covid-19. Esta conclusión indica que la intensa y permanente presión política y mediática para incitar (¿forzar?) A la población francesa a "vacunarse" **no se basa en ninguna realidad científica**. De manera más general, parece probable que lo que observamos en Francia pueda generalizarse a otros países. Por lo tanto, podemos pensar razonablemente que hoy en día, ***la "vacunación" no protege contra el resurgimiento de las contaminaciones por SARS-CoV-2 observadas en Europa***.

Un estudio de 41 000 personas revela que **la "vacunación" AUMENTA el riesgo de hospitalización de una persona**. Hay más de lo que se ve a simple vista con el último estudio de "eficacia de la vacuna" publicado por el New England Journal of Medicine (NEJM). El estudio en cuestión, "Effectiveness of Covid-19 vaccines in ambulatory and in patient care settings", fue presentado inmediatamente por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) para publicitar las "vacunas" Covid-19.

Tras una mayor investigación de los datos, parece que este estudio y su interpretación fueron diseñados para engañar al público. Después de configurar la tasa real de enfermedad después de la "vacunación", ¡**la eficacia de la "vacuna" podría interpretarse como un 13% negativo! Parece que la "vacunación" contra la Covid** aumenta **el riesgo de hospitalización**.

Por otro lado, el análisis mundial de 188 países muestra **una correlación global masiva entre la "vacunación" y las tasas más altas de casos Covid, lo que muestra que el mundo está experimentando actualmente una 'pandemia de vacunados'**.

Los datos se analizaron desde Our World In Data, sitio web de la Universidad Johns Hopkins, en 247 millones de casos Covid desde el comienzo de la pandemia hasta el 31 de octubre de 2021, de los 188 países en los que hay datos tanto en

el porcentaje de personas "vacunadas" y el acumulado de casos confirmados por millón.

Muestra que la incidencia de casos aumenta de manera bastante lineal con el porcentaje de personas "vacunadas" a una tasa de 800 casos por millón por porcentaje extra de "vacunados".

Las naciones con las tasas de casos más bajas se encuentran casi exclusivamente en África, que también tiene las tasas más bajas de "vacunación". Mientras que **las naciones con las tasas de casos más altas también tienen las tasas más altas de "vacunación**".

La conclusión ineludible de todos los datos que tenemos hasta el 31 de octubre es que las "vacunas", de una manera u otra, están relacionadas ***con el aumento en el número de casos***. Esta no es una muestra representativa de unos pocos miles de casos de una nación. Es un estudio completo de todos los casos hasta ahora en cada país informante.

Teniendo en cuenta las miles de muertes y millones de lesiones en todo el mundo causadas por las "vacunas" Covid, hay muy poca diferencia entre la disminución de las muertes entre los países menos "vacunados" y los más "vacunados".

PAÍSES MENOS "VACUNADOS":

(Tasa media de "vacunación" 21%)

Disminución de las muertes desde el pico más reciente: Tanzania 100%, Nigeria 98%, Etiopía 89%, Kenia 91%, Egipto 36%, África del Sur 92%, Pakistán 95%, Rusia 18%

Disminución promedio de las muertes en los 8 países menos "vacunados": 77%

PAÍSES MÁS "VACUNADOS":

(Tasa media de "vacunación" 88%)

Disminución de las muertes desde el pico más reciente: Emiratos Árabes Unidos 90%, Cuba 98%, Chile 89%, Portugal 91%, Singapur 83%, Camboya 94%, Corea del Sur 17%, Canadá 98%

Disminución promedio de las muertes en los 8 países más "vacunados": 82%

Si tomamos los 3 países menos "vacunados", su disminución de muertes desde el pico reciente promedió el 95%, mientras que los tres más "vacunados" lograron el 92%.

Con una tasa de "vacunación" 4 veces mayor que los países menos "vacunados", los 8 países más "vacunados" producen una disminución de solo un 5% mejor en las muertes desde sus picos recientes.

En el estudio: "Worldwide Bayesian Causal Impact Analysis of Vaccine Administration on Deaths and Cases Associated with Covid-19: A BigData Analysis of 145 Countries", (traducción: "Análisis mundial Bayesiano del impacto causal de la administración de "vacunas" en torno a las muertes y casos asociados con Covid-19"), escrito por Ritchie y colaboradores, se muestra, una vez más, mediante un análisis diferente al convencional, ***el*** fracaso ***de la "vacunación"***.

En esencia, los autores utilizaron una aproximación Bayesiana, es decir, un análisis que no se basa en estadística probabilística para responder la siguiente pregunta: si la política de salud pública ha mantenido que la "vacunación" global reduciría los síntomas y, por ende, los casos y las muertes asociadas con Covid-19, ¿se está viendo ese efecto a nivel mundial? Dada la cantidad de datos públicos disponibles, un estudio de esta envergadura es posible.

Para hacer su análisis, los autores compararon los periodos previos y posteriores a las inoculaciones en cada país. Usaron datos de Our World in data y con base en el marco Bayesiano para determinar causalidad, investigaron el efecto causal de la administración de las "vacunas" sobre dos variables dependientes: total de muertes por millón, y total de casos por millón. Trabajaron con datos sobre 145 países y encontraron lo siguiente:

1) La administración de las "vacunas" tiene una asociación fuerte y estadísticamente significativa hacia el incremento de muertes por millón y casos por millón (es decir, ***cuanto más se "vacuna", más casos y más muertes, comparado con lo que se esperaría sin la administración de la "vacuna"***).

2) En 115 países las muertes por Covid-19 incrementaron después de la "vacunación" y en 13 decrementaron después de la "vacunación". ***Las muertes por Covid-19 por millón de habitantes incrementaron significativa y causalmente con la "vacunación" en el 89.84% de los países con los que trabajaron en el estudio***.

3) En 105 países los casos de Covid-19 incrementaron después de la "vacunación" y en 16 decrementaron después de la "vacunación". ***Los casos de Covid-19 por millón de habitantes incrementaron significativa y causalmente con la "vacunación" en el 86.78% de los países con los que trabajaron en el estudio***.

4) El impacto causal de la "vacunación" en cuanto a la muerte por Covid-19 osciló de -19% (el ser negativo el valor implica un efecto de disminución de las muertes luego de la "vacunación") a +19,015% (esto significa un efecto de incremento de las muertes tras la "vacunación") con un promedio global de +463.15% (***en promedio, incremento de muertes Covid-19 posterior a la "vacunación" en 463%***).

5) El impacto causal de la "vacunación" en cuanto a los casos de Covid-19 osciló de -46% (el ser negativo el valor implica un efecto de disminución de los casos luego de la "vacunación") a +12,240% (esto significa un efecto de incremento de los casos luego de la vacunación) con un promedio global de +260.88% (***en***

promedio, incremento de casos Covid-19 posterior a la "vacunación" en 261%).

6) ***Con base en su análisis, no se sostiene la hipótesis de que las "vacunas" protegen contra muertes ni casos Covid-19 en la gran mayoría de los países***.

También hicieron análisis correlativos con respecto a los días transcurridos después del inicio de la "vacunación", total de dosis por cien, total de marcas/tipos de "vacunas" usadas, y tomando en cuenta las diferencias en los continentes y países. Pudieron ver que las muertes Covid-19 y los casos Covid-19 no fueron homogéneos entre categorías (variaron entre continentes y países y variaron de acuerdo al % de "vacunación", tiempo transcurrido, tipo de vacunas, etc.). En esencia, ***los países con más altas tasas de vacunación no tuvieron menos casos de Covid-19***.

Los autores concluyen que ***sus resultados debieran ser motivo de preocupación para los que implementan las políticas de salud pública, ya que encontraron un incremento en casos y muertes Covid-19 relacionado directamente con las "vacunaciones" Covid-19***. Eso significa un impacto limitado a negativo que contrasta con la promesa de que las "vacunas" permitirían controlar la pandemia. Puntualizan que ***estos resultados debieran alentar a las autoridades sanitarias a tomar decisiones basados en los datos, y no en la narrativa, y en las condiciones locales, no en mandatos globales o nacionales***. Terminan pidiendo que se ***busquen otras formas de salir de esta pandemia, que no sean las campañas de "vacunación" masivas***.

Es un estudio imprescindible, uno que no se justificaría que las autoridades sanitarias (y la comunidad científica en general) desconociera o ignorara, incluso si su reticencia se debiera a que desconocen la aproximación Bayesiana. Es mejor que aprendan algo nuevo a que ignoren ***los resultados que demuestran que las inoculaciones no solo no están sirviendo, sino que están agudizando el problema***.

Resumen: ***con base en un análisis Bayesiano de 145 países, se vio que en la gran mayoría de ellos la "vacunación" ha incrementado significativa y causalmente los casos Covid-19 y las muertes Covid-19. La estrategia no está funcionando y está agravando el problema***.

Se esperaba que las altas tasas de "vacunación" contra Covid redujeran la transmisión del SARS-CoV-2 en las poblaciones al reducir el número de posibles fuentes de transmisión y, por lo tanto, reducir la carga de la enfermedad por Covid. Sin embargo, **datos recientes indican que la relevancia epidemiológica de las personas "vacunadas" con Covid está aumentando**. En el Reino Unido se describió que las tasas de ataque secundario entre los contactos domésticos expuestos a casos índice completamente "vacunados" eran similares a los de los contactos domésticos expuestos a casos índice no vacunados (25% para los "vacunados" frente al 23% para los no

"vacunados"). 12 de 31 infecciones en contactos domésticos completamente "vacunados" (39%) surgieron de casos índice vinculados epidemiológicamente completamente "vacunados". ***La*** carga viral ***máxima no difirió según el estado de "vacunación" o el tipo de variante***. En Alemania, la tasa de casos sintomáticos de Covid entre los completamente "vacunados" ("infecciones intercurrentes") se informa semanalmente desde el 21 de julio de 2021 y era del 16.9% en ese momento entre los pacientes de 60 años o más. Esta proporción estába aumentando semana a semana y fue del 58.9% el 27 de octubre de 2021 (Figura 1), lo que proporciona una clara evidencia de la creciente relevancia de los "vacunados" completos como una posible fuente de transmisión. Se describió una situación similar para el Reino Unido. Entre la semana 39 y 42, se reportaron un total de 100 160 casos de Covid entre ciudadanos de 60 años o más. 89 821 ocurrieron entre los completamente "vacunados" (89.7%), 3395 entre los no "vacunados" (3.4%). Una semana antes, la tasa de casos de Covid por 100 000 era mayor entre el subgrupo de "vacunados" en comparación con el subgrupo de no "vacunados" en todos los grupos de edad de 30 años o más. En Israel se informó de un brote nosocomial que involucró a 16 trabajadores de la salud, 23 pacientes expuestos y dos miembros de la familia. La fuente fue un paciente Covid completamente "vacunado". La tasa de "vacunación" fue del 96.2% entre todas las personas expuestas (151 trabajadores sanitarios y 97 pacientes). Catorce pacientes completamente "vacunados" enfermaron gravemente o murieron, los dos pacientes no "vacunados" desarrollaron una enfermedad leve. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. Identificaban cuatro de los cinco condados principales con el porcentaje más alto de población completamente "vacunada" (99.9–84.3%) como condados de transmisión "alta. ***Muchos tomadores de decisiones asumen que los "vacunados" pueden ser excluidos como fuente de transmisión. Parece ser una*** negligencia ***grave ignorar a la población "vacunada" como una posible y relevante fuente de transmisión a la hora de decidir sobre las medidas de control de la salud pública***.

El análisis de los datos de la ONS sobre muertes sugiere que ***la campaña de "vacunación" Covid-19 ha sido un desastre absoluto***. El siguiente es un análisis de los datos publicados por la Oficina de Estadísticas Nacionales sobre el número de muertes en 2021 en comparación con el promedio de cinco años.

Mortalidad por cualquier causa

- *Niños de 12 a 15 años*.

Se utilizado las estadísticas de mortalidad de ONS que comparan el promedio actual, el año pasado y el promedio de 5 años. El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de 12-15 años fue el 20/9/21.

Después de la fecha de inicio, las muertes ahora están un 47% por encima de 2020 y, de manera preocupante, un 26% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Estas cifras demuestran que no les va muy bien a los niños en este grupo de edad. Muchos más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años y está empeorando.

- *Niños 16-18.*

El inicio de los datos de las "vacunaciones" para el rango de 16-19 años, fue el 01/8/21. Después de la fecha de inicio de los pinchazos, las muertes ahora están un 39% por encima de 2020 y, de manera preocupante, un 16% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de los pinchazos y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Estas cifras demuestran que no les va muy bien a los adolescentes en este grupo de edad. Muchos más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 20-24*

El inicio de los datos de las "vacunaciones" para el rango de 20-24 años, fue el 18/6/21. Después de la fecha de inicio de las "vacunaciones", las muertes ahora están un 27% por encima de 2020 y, de manera preocupante, un 10% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Estas cifras demuestran que no les va muy bien a los adultos en este grupo de edad. Muchos más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 25-29*

El inicio de los datos de las "vacunaciones" en el grupo de 25-29 años fue el 06/08/21. Después de la fecha de inicio de los pinchazos, las muertes ahora están un 15% por encima de 2020 y un 6% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de las inoculaciones. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de los pinchazos y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Estas cifras demuestran que no les va muy bien a los adultos en este grupo de edad. Muchos más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 30-34*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 30-34 años es del 26/5/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes ahora están un 20% por encima de 2020 y un 12% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de los pinchazos y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Estas cifras demuestran que no les va muy bien a los adultos en este grupo de edad. Muchos más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 35-39*

El inicio de los datos de las pinchazos para el rango de edad de 35-39 años es del 20/5/21. Después de la fecha de inicio de las "vacunaciones" las muertes ahora están un 11% por encima de 2020 y un 13% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión en comparación con el promedio acumulativo anual de 5 años.

Estas cifras demuestran que no les va muy bien a los adultos en este grupo de edad. Muchos más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 40-44*

El inicio de los datos del los pinchazos para el rango de edad de 40-44 años es del 30/4/21. Después de la fecha de inicio de las inocilaciones, las muertes ahora están un 10% por encima de 2020 y un 17% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El

segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Estas cifras demuestran que no les va muy bien a los adultos en este grupo de edad. Muchos más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 45-49*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 45-49 años, es del 13/4/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 5% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de las inoculaciones. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de los pinchazos y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron las "vacunaciones", más adultos en este rango de edad están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 50-54*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 50-54 años, es del 17/3/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 7% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de Los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron las "vacunaciones", más adultos denro de este rango de edad están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 55-59*

El inicio de los datos de inoculaciones para el rango de edad de 55-59 años, es desde el 06/3/21. Después de la fecha de inicio de los pinchazos, las muertes están un 11% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de las inoculaciones. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de los pinchazos y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron los pinchazos, hay menos adultos que el año pasado, pero más están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 60-64*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 60-64 años, es del 01/3/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 11% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron los pinchazos, hay más adultos dentro de este rango de edad que están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 65-69*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 65-69 años, es del 15/2/21. Después de la fecha de inicio del las inoculaciones, hay una diferencia del 0% en las muertes con respecto al promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde el comienzo de las "vacunaciones", no hay diferencia en las muertes en personas de este rango de edad en comparación con el promedio de 5 años. Este es el único grupo de edad sin muertes adicionales en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 70-74*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 70-74 años, es del 18/1/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 10% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron los pinchazos, hay más adultos dentro de este rango de edad que están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 75-79*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 75-79 años, es del 18/1/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 11% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron los pinchazos, hay más adultos dentro de este rango de edad que están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 80-84*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 80-84 años, es del 18/1/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 4% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron los pinchazos, hay más adultos dentro de este rango de edad que están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos 85-89*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de 85-89 años, es del 18/1/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 1% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron los pinchazos, hay más adultos dentro de este rango de edad que están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

- *Adultos +90*

El inicio de los datos de los pinchazos para el rango de edad de más de 90 años, es del 18/1/21. Después de la fecha de inicio de las inoculaciones, las muertes están un 3% por encima del promedio de 5 años. Los datos muestran las estadísticas hasta la primera semana de noviembre.

El primer gráfico muestra las muertes acumuladas en comparación con el promedio de 5 años en las mismas semanas desde el inicio de los pinchazos. El segundo gráfico muestra el crecimiento acumulado desde el inicio de las inoculaciones y su progresión frente al promedio acumulado anual de 5 años.

Desde que comenzaron los pinchazos, hay más adultos dentro de este rango de edad que están muriendo en comparación con el promedio de 5 años.

Un punto importante a considerar al mirar estas estadísticas es que en 2020 las muertes por Covid-19 fueron causadas predominantemente por la supuesta variante Alfa. En 2021 la gran cantidad de muertes por Covid, supuestamente, han sido causadas por la variante Delta dominante.

El Gobierno del Reino Unido posee variantes de preocupación del SARS-CoV-2. El informe técnico 15 del 11 de junio de 2021 establece que la tasa de letalidad de Delta fue 20 veces menor que la variante Alfa.

Recapitulemos, ***el virus es, supuestamente, 20 veces menos mortal que en 2020, además, en 2021 ya se están inoculando los sueros experimentales; lo que deberíamos esperar, es una disminución considerable del número de muertes con respecto al promedio de los cinco años anteriores, puesto que en estos, está incluido el 2020. Sin embargo, lo que observamos es justamente lo contrario. Los datos anteriores solo pueden verse como un desastre sin paliativos y como una clara constatación de que las "vacunas" ni son eficaces, ni son seguras: empeoran las cosas***.

Llama la atención que, en los países donde Ómicron supuestamente se ha convertido en una gran mayoría, el número de casos detectados por millón de habitantes refleja directamente la tasa de "vacunación" en estos países: ***cuanto más se "vacunan" los países, más casos hay por millón de habitantes***. La correlación se puede claramente en las siguientes gráficas: (1) (2) (3). ***Esto indica un probable escape inmunológico debido a la "vacunación", lo que facilita las infecciones***, como se demostró recientemente en un estudio en Dinamarca.

Por tanto, resulta que la "vacunación" es contraproducente, también en lo que respecta a la susceptibilidad a la infección por la supuesta variante Ómicron.

Joel Smalley, analista de datos cuantitativos, ha publicado un análisis actualizado de las muertes por Covid y las muertes por todas las causas en relación con las tasas de "vacunación" de 202 países utilizando datos de Our World in Data. Lo ha titulado 'Covid Requiem Aeternam'.

En solo 38 países hay una reducción perceptible ***en las muertes por Covid después de que comenzaron los programas de "vacunación". Para los otros 164 países, tanto la tasa como el número de muertes por Covid después de los programas de "vacunación" son más*** altos ***que antes. De hecho, la tasa de mortalidad de Covid (muertes por millón por día***

promedio mundial) aumenta ***de 1.4 a 2.0 después de que comienzan las "vacunas" masivas, un aumento del 42%***.

En ninguno de los 101 países que informan sobre la mortalidad por todas las causas, el exceso de mortalidad acumulado es inferior ***al que tenía cuando comenzaron los programas de "vacunación" masiva***. Y ***en 70 de estos países, la tasa de exceso de mortalidad acumulada es*** mayor ***después de que comenzaron los programas de "vacunación" contra la Covid***. De hecho, ***la tasa de exceso de mortalidad (muertes por millón por día promedio mundial)*** aumenta ***de 3.1 a 4.1 después de que comienzan las "vacunaciones" masivas, un aumento del 33%***.

La tasa de aumento de la mortalidad por Covid parece estar positivamente correlacionada ***con la tasa de "vacunación"***. En otras palabras, aquellos países que tienen tasas de "vacunación" más bajas (por ejemplo, numerosos países africanos) también tienen menores aumentos en la mortalidad por Covid. Por el contrario, aquellos países que "vacunaron" temprana y agresivamente (por ejemplo, Europa, América del Norte e Israel) han sufrido una peor situación.

También parece que ***aquellos países con tasas de "vacunación" más*** bajas ***también tenían tasas de mortalidad por Covid más*** bajas ***antes de las campañas de "vacunación"***, lo que posiblemente indica que tienen menos intervenciones.

L***a tasa de*** aumento ***de la tasa de mortalidad por Covid después de "vacunaciones" masivas también se*** correlaciona positivamente ***con la tasa de "vacunación"***.

Al observar cada uno de los 202 países del estudio, se observan los siguientes patrones:

- ***La tasa de mortalidad de Covid continúa al mismo ritmo después de la "vacunación" masiva que antes***
- ***La tasa de mortalidad de Covid aumenta después de la "vacunación" masiva o surge cuando antes de la "vacunación" masiva era insignificante o estaba completamente ausente***
- ***La tasa de mortalidad de Covid se desacelera donde la tasa de "vacunación" de la población es baja***

Según la evidencia, la conclusión más obvia es que ***la "vacuna" Covid ha*** causado ***más muertes, no menos, de hecho, muchas más, que en realidad ha*** eliminado ***las disminuciones naturales esperadas y ha causado aún más muertes***.

La señal es significativa ***en términos de proximidad temporal y consistencia entre países, independientemente de la geografía y la demografía***.

Este es un fracaso ***mundial de la salud pública de proporciones verdaderamente épicas y sin precedentes***.

Los médicos de Alberta, Canadá, afirman que las "vacunas" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19) pueden haber causado saltos a corto plazo en las muertes y hospitalizaciones, posiblemente debido a que las "vacunas" causan inmunosupresión.

La Dra. Christy Reich, que trabaja como médico de familia, compartió los gráficos compilados de los Servicios de Salud de Alberta (AHS) con un grupo de médicos preocupados por los mandatos de "vacunación" y la seguridad.

Según ellos, ***los gráficos muestran un aumento en los casos de Covid, hospitalizaciones y muertes dentro de las primeras dos o tres semanas después de recibir la primera dosis de la "vacuna" Covid-19***.

"Después de la segunda dosis, se ve un pequeño aumento inicial en los casos, pero luego una elevación en los casos nuevamente en dos a seis meses", dijo Reich. Agregó que todos los miembros de su grupo llegaron a la misma conclusión después de comparar notas.

Los gráficos se pueden ver en la página de estadísticas de Covid del gobierno titulada "Número de días entre la fecha de la primera vacunación y el diagnóstico de Covid-19".

Había gráficos para el total de casos, el total de hospitalizaciones y el total de muertes, que ***parecen mostrar grandes picos de casos, hospitalizaciones y muertes entre uno y 30 días después de las fechas de inyección de Covid de una persona***.

Un especialista del grupo, cuyo nombre fue ocultado, dijo que los datos del gobierno parecen mostrar que ***las "vacunas" están contribuyendo a un aumento de casos, hospitalizaciones y muertes***. El especialista agregó que los expertos están viendo que otras enfermedades y enfermedades que han estado en remisión regresan como si la "'vacuna' estuviera causando inmunosupresión".

"El cuerpo está gastando ***tantos recursos luchando contra la proteína de pico (de la 'vacuna' Covid-19) que no puede contener estas otras infecciones o enfermedades que estaban en remisión***", dijo el especialista.

Reich señaló que es difícil decir por qué ven estos datos en el gráfico, y agregó que es probable que la "vacuna" "disminuya la función inmunológica de las personas y las predisponga a contraer enfermedades o combatir las condiciones que actualmente están en remisión".

También es posible que las personas sean menos cuidadosas una vez "vacunadas".

Los médicos canadienses continúan hablando sobre los efectos nocivos que observaron con las inyecciones antiCovid.

El Dr. Chris Gordillo habló sobre los efectos nocivos que presenció por las inyecciones, diciendo en un mitin en Edmonton: "***He visto accidentes cerebrovasculares, he visto parálisis de Bell, he visto un ataque cardíaco, coágulos de sangre, he ha visto trastornos respiratorios en los que las personas simplemente no pueden respirar después de haber recibido estas vacunas***".

El médico de Columbia Británica Daniel Nagase, que trabajaba en los hospitales de Alberta, fue incluido recientemente en la lista negra por AHS por tratar a sus pacientes con ivermectina mientras trabajaba en un hospital rural. Llamó a los casos futuros de cáncer en niños que podrían ser vacunados ahora o en el futuro.

"Los niños contraen todo tipo de virus, yo sé qué hacer, de hecho, la mayoría de los padres saben qué hacer. Se necesitan 20 años para saber si una nueva inyección causa cáncer o no. Solo soy un médico de urgencias. Sé qué hacer con un virus, no sé qué hacer con el cáncer", dijo en un mitin.

Los médicos dijeron que los ensayos de ***la "vacuna" Covid nunca produjeron suficiente evidencia de que las "vacunas" detienen la infección o la transmisión. Tampoco reducen la hospitalización, que es la medida del éxito en la prevención de síntomas graves de la enfermedad***.

El Dr. Peter McCullough dijo que quienes desarrollan Covid tienen "inmunidad completa y duradera. Y ese es un principio muy importante: completo y duradero. No se puede vencer a la inmunidad natural".

Ensayos que no son ensayos

Una vez que hemos constatado que las "vacunas" han empeorado las cosas, vamos a intentar buscar posibles explicaciones:

La comercialización de un fármaco o una vacuna en el mercado europeo requiere que las empresas tengan un Plan de Gestión de Riesgos (PGR) presentado a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Los planes de gestión de refrigerantes incluyen información sobre eficacia y seguridad. En la Unión Europea (UE), las empresas deben enviar un PGR a la Agencia en el momento de la solicitud de autorización de comercialización y para cualquier solicitud de renovación o modificación. A nivel nacional, cualquier autoridad competente (ANSM para Francia) puede solicitar un PGR siempre que exista una inquietud. Este plan se presentó para la vacuna Comirnaty de Pfizer BioNTech el 17/12/20. Las versiones posteriores son solo para ensayos clínicos.

El documento de referencia que se analiza aquí es el PFIZER / BIONTECH (COMIRNATY) RMP: el fabricante justifica la estrategia de prueba y ciertas exenciones y evitaciones de prueba, basándose en la guía técnica de la OMS de 2005. El documento especifica que para demostrar la eficacia e inocuidad de una

vacuna, deben tenerse en cuenta los antígenos producidos in vivo en el huésped vacunado tras la administración de un vector vivo o de un ácido nucleico o de antígenos producidos por síntesis química in vitro (los antígenos pueden estar en su estado nativo, truncados o modificados después de la introducción de mutaciones, desintoxicados por medios químicos o físicos y / o agregados, polimerizados o conjugados a un portador para aumentar la inmunogenicidad. Los antígenos pueden presentarse solos o en combinación con un adyuvante, o en combinación con otros antígenos, aditivos y otros excipientes).

Sin embargo, este documento de la OMS claramente no es adecuado para la vacuna de ARNm. Esto es también lo que llevó a la 71ª reunión del Comité de Expertos en Patrones Biológicos del Comité de Expertos en Patrones Biológicos (ECBS) de la OMS a cumplir con la emergencia del 24 al 28 de agosto de 2020. En su documento, ECBS escribe: "Aunque no se han establecido vacunas basadas en ARN y aunque ha sido aprobada para uso humano, ***esta tecnología tiene el potencial de facilitar el rápido desarrollo de vacunas patógenas en emergencias de salud pública***. En particular, las vacunas de ARNm que fueron las primeras candidatas en entrar en desarrollo clínico durante la actual pandemia de Covid 19, lo que generó solicitudes de orientación regulatoria".

ECBS apoyó el desarrollo de un documento separado de otras guías técnicas existentes debido a la forma diferente en la que estas vacunas de ARNm se producen y evalúan en comparación con las vacunas de ADN plasmídico.

El ECBS también identificó en este documento la necesidad de estandarización para estandarizar los ensayos de anticuerpos anti-SARS-COV-2, y las respuestas inmunes celulares, así como para diagnosticar exposiciones a dianas antigénicas utilizadas para las pruebas ELISA y una necesidad urgente de preparaciones de antígenos estándar. Finalmente, especifica que, a pesar de la falta de evidencia hasta la fecha de que las vacunas candidatas al SARS-CoV-2 causen facilitación de la enfermedad respiratoria (EAM), ***se ha reportado un efecto similar en un modelo de ratón del SARS-CoV-1 y se tendría que hacer una evaluación rigurosa***.

El fabricante siguió las recomendaciones para evaluar la eficacia y seguridad de la guía técnica de 2005. Ésta especifica que ***para un producto para el cual no hay experiencia clínica y no clínica previa, las pruebas no clínicas deben ser más completas que para las vacunas previamente autorizadas y utilizado en humanos***. Sin embargo, las inyecciones comenzaron en poblaciones enteras a fines de 2020 / principios de 2021 incluso ***antes de que se completaran los resultados de los estudios preclínicos en animales (reprotoxicidad)***.

Para los nanoliposomas utilizados como adyuvantes, si estos ya se han utilizado en una tecnología similar anterior, el regulador puede estar satisfecho con estos estudios y no requerir otros. En el RMP, el fabricante se contenta con citar una única publicación de 2018 sobre nanoliposomas similares (sin que se justifique la similitud) en unos cincuenta monos, pero sin el ARNm.

Siguiendo las recomendaciones de la Guía de la OMS 2005, la "vacuna" Pfizer se probó en ratas a una tasa de tres dosis de 100 µg, durante un período de 17 días con tres semanas de observaciones. El estudio muestra que las nanopartículas lipídicas (LNP) se distribuyen principalmente en el músculo en el lugar de la inyección y en el hígado. Se observa una reacción inflamatoria (respuesta inmune) pero el estudio también revela que "Los cambios secundarios a la inflamación incluyeron una reducción leve y transitoria del peso corporal y una reducción transitoria de los parámetros de masa de reticulocitos, plaquetas y glóbulos rojos. Se informó una disminución de los reticulocitos en ratas tratadas con el LNP-siRNA autorizado en el fármaco Onpattro ™, pero no se observaron en humanos tratados con esta terapia génica, lo que sugiere que este es un efecto específico de la especie. Se observó una disminución de las plaquetas tras la administración repetida, pero de baja amplitud y probablemente relacionada con la inflamación, y no asociada a otras alteraciones en la hemostasia.

La Guía de la OMS especifica además que en algunos casos para estudios de toxicidad también puede ser útil evaluar los parámetros de coagulación. Los datos deben recopilarse no solo durante el tratamiento, sino también después de la fase de recuperación (por ejemplo, dos semanas o más después de la última dosis) para determinar la persistencia y considerar la exacerbación y / o reversibilidad de posibles reacciones adversas.

No obstante, el RMP concluye que la administración de ***la "vacuna" de ARNm de Covid-19 tiene el potencial de disminuir temporalmente los parámetros de masa de plaquetas y glóbulos rojos***. Es poco probable que estas leves disminuciones sean clínicamente significativas debido a su pequeña magnitud. Los PGR posteriores, actualizados con datos clínicos (como el del 29 de abril de 2021), no discuten estas observaciones y conclusiones en la perspectiva de los datos de farmacovigilancia actualizados.

Las instrucciones de la OMS sobre el tema son claras. En algunos casos, los resultados de las evaluaciones de la respuesta inmune de estudios clínicos y no clínicos, o de los datos de enfermedades que ocurren naturalmente, pueden indicar aspectos inmunológicos de la toxicidad, p. Ej. precipitación de inmunocomplejos, respuesta inmunitaria humoral o mediada por células contra determinantes antigénicos del propio huésped debido al mimetismo molecular o exacerbación de la enfermedad (por ejemplo, vacuna contra el sarampión). En tales casos, podrían ser necesarios más estudios para investigar el mecanismo del efecto observado. Una gran similitud entre los determinantes de la vacuna y las moléculas del huésped podría causar reacciones autoinmunes inducidas por mimetismo molecular. En consecuencia, cualquier antígeno de vacuna cuyas características puedan imitar las de un antígeno del huésped debe tratarse con precaución. (…) La necesidad de estudios específicos debe considerarse caso por caso (por ejemplo, cuando se utilizan nuevos adyuvantes u otras vías de administración) y puede incluir estudios de depósito local que evaluarían la retención del componente de la vacuna en el lugar de la inyección y su distribución (por ejemplo, al drenaje de los ganglios linfáticos). Los estudios de difusión deben considerarse en el caso de nuevas formulaciones, nuevos adyuvantes y puede incluir estudios de depósito local que evaluarían la retención

del componente de la vacuna en el lugar de la inyección y su distribución (por ejemplo, al drenaje de los ganglios linfáticos).

En el presente caso, no se realizaron estudios farmacocinéticos (adsorción, distribución, metabolismo y excreción) de la proteína Spike producida.

El PGR especifica que ***estos estudios no se llevaron a cabo, de acuerdo con las exenciones de prueba detalladas en la guía técnica de la OMS***, anexo 1 (2005) sobre ensayos no clínicos para la evaluación de vacunas. Sin embargo, la guía indica que los estudios de genotoxicidad normalmente no son necesarios para la vacuna final. Sin embargo, pueden ser necesarios para una vacuna en particular, como los que contienen nuevos adyuvantes y aditivos. Si es necesario, se deben realizar pruebas in vitro de mutaciones y daño cromosómico antes de la primera exposición humana. La batería completa de pruebas de genotoxicidad se puede realizar en paralelo con los ensayos clínicos.

Luego, **sobre el tema de la reprotoxicidad**: "Los estudios de toxicidad para el desarrollo generalmente no son necesarios para las vacunas, incluida la inmunización de niños. Sin embargo, si la población objetivo de la vacuna incluye mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil, se deben considerar estudios de toxicidad para el desarrollo, a menos que el fabricante presente un argumento científico y clínicamente sólido que demuestre que la realización de tales estudios es innecesaria. Para una vacuna preventiva, la evaluación de la toxicidad reproductiva generalmente se limita al desarrollo prenatal y posnatal. " ***Ninguno de estos estudios se ha realizado como parte de estudios preclínicos con respecto a esta nueva tecnología de vacuna***. Dada la presencia de nuevos nanoliposomas (ALC-0315 y ALC-0159) ***debería haberse realizado un estudio de genotoxicidad*** de acuerdo con la guía técnica citada por el fabricante. El fabricante justifica la exención de la prueba en su PGR de 29/4/21 de la siguiente manera, p 26 : los componentes de la construcción de la "vacuna" son lípidos y ARN y no deben tener potencial carcinogénico o genotóxico, que es como mínimo, **como argumento con respecto a los mecanismos conocidos de cancerogénesis** (no se tienen en cuenta los mecanismos epigenéticos, los promotores de tumores ..) e incluso lo contrario de lo que especifica la OMS sobre el tema de los nuevos componentes de una vacuna.

La guía de la OMS de 2005 indica que es posible que se requieran estudios para abordar problemas de seguridad específicos asociados con tipos de productos particulares utilizando métodos in vitro e in vivo apropiados. Esto significa que para la nueva tecnología de vacuna profiláctica de ARNm, ***debería haberse considerado en estudios preclínicos una atención especial a la farmacología y toxicología de la proteína modificada genéticamente Spike***, tanto más cuanto que el fabricante no justifica que se eviten las pruebas y que las directrices que el fabricante cita como referencia no mencionan específicamente nuevas vacunas de ARNm por CRISPR-CAS9 que producen un antígeno proteico modificado genéticamente en el huésped, el único documento relacionado citado en el documento de 2005 es un documento de 1998.

La fase 1 del estudio incluyó evaluaciones del nivel de dosis de las dos vacunas candidatas. Las dosis probadas se administraron primero a una cohorte de 18 a 55 años y luego a una cohorte de 65 a 85 años. Finalmente, se seleccionó una dosis de 30 µg y se administró a la cohorte ampliada de fase 2/3 para evaluar su eficacia y seguridad y los datos de inmunogenicidad de los primeros 360 participantes (180 del grupo de la vacuna activa y 180 del grupo de la vacuna activa. placebo, cada grupo se divide entre las cohortes más jóvenes y las más antiguas) que ingresan al estudio después del final de la fase 1. La fase 3 del estudio (aún en curso) evalúa la eficacia y la seguridad en todos los participantes (incluidos los primeros 360 participantes de la fase 2). Presenta a participantes de 16 a 17 años, evalúa la cohorte de 18 a 55 años y agrega una cohorte de 12 a 15 años para generar y evaluar datos de inmunogenicidad. Inicialmente, los participantes del estudio debían ser seguidos durante un máximo de 24 meses para evaluar el potencial de efectos secundarios tardíos. Después de completar el análisis de eficacia final con la vacuna y determinar la eficacia del 95% y obtener la aprobación regulatoria para vacunar en muchos países, Pfizer-BioNTech comenzó a abrir la vacunación a todos los participantes. Hasta la fecha, el RMP revela Después de completar el análisis de eficacia final con la vacuna y determinar la eficacia del 95% y obtener la aprobación regulatoria para vacunar en muchos países, Pfizer-BioNTech comenzó a abrir la vacunación a todos los participantes. Hasta la fecha, el RMP revela Después de completar el análisis de eficacia final con la vacuna y determinar la eficacia del 95% y obtener la aprobación regulatoria para vacunar en muchos países, Pfizer-BioNTech comenzó a abrir la vacunación a todos los participantes. Hasta la fecha, el ***RMP revela sorprendentemente, que la mayoría de los sujetos en la cohorte de placebo fueron "vacunados" antes de 6 meses después de la segunda dosis, por lo tanto, es más que un placebo para comparar los datos de seguridad que harán imposible las condiciones crónicas de efectos de esta nueva "vacuna"***.

El análisis de los documentos de referencia reglamentarios y los documentos del fabricante en los que se pueden realizar búsquedas, en particular para la evaluación de la eficacia y la seguridad preclínica (datos no humanos) de la vacuna de ARNm de Pfizer / Biontech, ***muestran claramente la precipitación y la falta de preparación para la evaluación de este nuevo tecnología***. El fabricante y las autoridades sanitarias europeas han ido más allá de cualquier principio de precaución para esta nueva tecnología de vacuna. En última instancia, ***la urgencia podría justificarse en noviembre de 2020, pero no es aceptable, en vista de las muchas señales de advertencia de la farmacovigilancia posterior a la comercialización, que el fabricante y / o las autoridades no hayan buscado durante 12 meses para completar los datos faltantes para garantizar la seguridad, como el riesgo de trombosis, el riesgo de CMR, la desregulación de los ciclos menstruales o la farmacocinética de la proteína Spike producida que tiene toda una toxina sistémica***. Además, la eliminación del grupo placebo en el ensayo clínico fundamental socava todos los principios fundamentales de la Medicina basada en la evidencia y su sacrosanto ensayo clínico aleatorizado doble ciego. Solo puede seguir una pérdida de confianza, ***una desconfianza en la capacidad de las autoridades para proteger a los ciudadanos europeos de las vacunas***

basadas en una tecnología completamente nueva impuesta repetidamente bajo coacción, amenazas y chantaje. El tiempo de las prisas debe ir seguido lógicamente por el tiempo de la reflexión y la necesidad de seguridad.

Entonces, ¿son estas inyecciones "vacunas"?

La conclusión es NO. ***Estas inyecciones para Covid-19 NO son "vacunas" no detienen la infección, la transmisión, el Covid grave, la hospitalización o la muerte***; se describe mejor como una plataforma de entrega de genes; y los estudios realizados por los desarrolladores de inyección no se establecieron para mostrar ninguno de los 6 criterios mencionados anteriormente; estas inyecciones para Covid-19 no previenen la transmisión y no fueron diseñadas para hacerlo.

Estas inyecciones se estudiaron de manera subóptima y particularmente en cuanto a la parte de seguridad de los estudios. No tenemos datos de duración adecuados para mostrar la seguridad; no tenemos perfiles de seguridad; no sabemos lo que sucederá a mediano y largo plazo. Estas inyecciones no son necesarias dado el riesgo estadístico casi cero de infección en los menores, de transmisión del virus y de resultado grave si se está infectado y no tiene comorbilidades. Debemos comprender que la tecnología de ARNm nunca se ha utilizado con éxito para mostrar su capacidad para reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en los seres humanos, ¡NUNCA! No tenemos antecedentes de esto, y no sabemos qué sucede después de que las nanopartículas lipídicas (LNP) y el ARN mensajero (ARNm) ingresan en las células /cuerpo. No sabemos si el ARNm se "apaga" y la proteína espiga ya no se produce, etc. Ahora sabemos que la proteína espiga después de ser producida se biodistribuye y por un tiempo todavía no definido.

No se realizaron los estudios apropiados de toxicidad reproductiva, los estudios de teratogenicidad, los estudios farmacodinámicos y los estudios farmacocinéticos, etc. La proteína espiga en la bola viral es la porción del virus que causa el trauma devastador y una de los posibles causas del síndrome conocido como Covid-19 grave. Esta proteína espiga es lo que te mata y devasta tu vasculatura, devastando la capa endotelial de la misma. La enfermedad Covid-19 grave en etapa terminal es una enfermedad vascular de coagulación de la sangre. Usted no muere cuando sus pulmones fallan en la etapa final de Covid-19 porque hay virus en los pulmones. No, morimos a causa de los millones de micro-trombos (coágulos de sangre). La proteína espiga que nuestras células producen después de la inyección (no es exactamente igual a la auténtica proteína espiga en la bola viral), es patógena y tóxica. Es mortal.

El viejo adagio de que "las 'vacunas' salvan vidas" no puede, de ninguna manera, aplicarse a las inyecciones experimentales antiCovid-19. No importa cuántas veces se le diga al público que crea mentiras, todavía no hay datos científicos que lo prueben. Un análisis de Peter Doshi, publicado en British Medical Journal, señala lo obvio: ***los fabricantes de "vacunas" diseñaron ensayos clínicos que no proporcionan ningún dato sobre los beneficios con respecto a la***

mortalidad por todas las causas. Los ensayos clínicos no estudian la transmisión viral, la carga viral o la prevención de enfermedades graves, hospitalización o muerte. Claramente, los fabricantes de "vacunas" no tenían suficiente confianza en su capacidad para demostrar que las "vacunas" experimentales de ARNm podrían salvar una sola vida. No hay un solo ensayo clínico de "vacunas" que haya detectado una reducción en los resultados graves.

Hoy en día, los gobiernos de todo el mundo están "imponiendo" una serie interminable de pinchazos ***sin evidencia científica que demuestren que esta metodología de interferencia genética puede prevenir una sola infección o salvar una sola vida***. Peor aún, los fabricantes de "vacunas" eliminaron la cohorte de control en sus ensayos clínicos al inocularlos también. Al violar los estudios clínicos de esta manera, los fabricantes de "vacunas" borran cualquier dato potencial que ***muestre que las "vacunas" AUMENTAN las tasas de infección, AUMENTAN las enfermedades graves y ELICITAN el exceso de muertes***.

Sin embargo, ***los datos de seguridad que se están informando al Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) desacreditan la propaganda actual de que "las vacunas salvan vidas"***. La avalancha de informes de lesiones por vacunas pinta un cuadro desgarrador de negligencia médica generalizada y muerte por negligencia. Cientos de miles de problemas médicos se han notificado después de la "vacunación", incluidas miles de muertes. ***En lugar de retirar la "vacuna" experimental del mercado, las agencias reguladoras y los dictadores gubernamentales quieren presionar a los niños y amenazar los medios de vida de las personas***. Igualmente preocupante, las personas que argumentan en contra de las inyecciones son vilipendiadas como "proveedores de información errónea" que ponen en "riesgo la salud pública". No importa cuán duro se propaguen estas mentiras, ***no hay evidencia científica de que los sueros antiCovid salven una sola vida***. De hecho, hay muchos datos de farmacovigilancia que sugieren que ***las inyecciones matan a personas en cantidades mucho mayores***.

Peter Doshi confirma: "Las hospitalizaciones y muertes por Covid-19 son simplemente demasiado infrecuentes en la población que se está estudiando para que una "vacuna" eficaz demuestre diferencias estadísticamente significativas en un ensayo de 30 000 personas", añade. "Lo mismo ocurre con respecto a si puede salvar vidas o prevenir la transmisión: ***los ensayos no están diseñados para averiguarlo***".

Los ensayos de fase 3 no fueron diseñados para detectar ***una reducción en la hospitalización y no pueden determinar si la "vacuna" interrumpe la transmisión del virus. Los fabricantes de "vacunas" no abordaron la enfermedad Covid-19 grave, sino que compararon las tasas de enfermedad leve. Los individuos con síntomas leves similares a los de un resfriado y una prueba de PCR positiva se utilizaron como puntos de datos para mostrar la tasa de Covid-19 en el brazo de control no vacunado. Ninguno de estos casos supuestos de Covid-19 se confirmó***

utilizando criterios de diagnóstico específicos de síntomas o secuenciación de Sanger. Peor aún, estos casos de enfermedades leves se utilizaron como datos para demostrar que la vacuna salvó vidas que ni siquiera salvó. Incluso el director médico de Moderna, Tal Zaks, dijo al British Medical Journal que sus ensayos clínicos no abordan si las "vacunas" previenen enfermedades graves, hospitalizaciones o muertes. En cambio, los ensayos simplemente comparan tasas aleatorias de enfermedad leve y síntomas inespecíficos en un período de tiempo específico.

La mayoría de las personas que dan positivo en la prueba de la Covid-19 solo experimentan síntomas leves. Su vida no está en juego. ***Hubo muy pocos casos de enfermedad grave en los ensayos, sin embargo, la "vacuna" se promocionó como "segura y eficaz" porque más personas en el brazo de control inevitablemente dieron positivo mediante pruebas de PCR fraudulentas de umbral de ciclo alto. Nunca se confirmó que estos casos positivos de supuesto Covid fueran personas que padecían una enfermedad grave***.

De hecho, un gran porcentaje de la cohorte "vacunada" contrajo síntomas leves y graves. Estos problemas médicos (que ahora se ven a gran escala en la población) no habrían ocurrido si las personas no se hubieran inoculado en primer lugar. Algunos de estos síntomas fueron graves, pero esto no tuvo importancia para los ensayos clínicos y sus criterios de valoración de datos; los ensayos clínicos se basaron en tasas de positividad y síntomas leves, ninguno de ellos investigó enfermedades graves u hospitalizaciones. Es por eso que millones de personas hoy en día se están recuperando con inmunidad natural, mientras que otras que se "vacunan" sufren lesiones graves, aún sufren de enfermedades graves o mueren por las inyecciones.

¿Para quién están diseñadas las "vacunas" Covid?

Esa es solo una de las muchas preguntas intrigantes provocadas por una lectura de los documentos de Pfizer que actualmente se publican en lotes después de que un juez federal en el estado de Texas dictaminó que la compañía farmacéutica está obligada a divulgar los datos de manera oportuna.

La respuesta simple a nuestra pregunta inicial es: todos.

A estas alturas, todos deben saber que la Covid, supuestamente, solo es peligrosa para un tramo muy pequeño de la población. En promedio, las personas que mueren supuestamente de Covid tienen entre 70 y 80 años y tienen varias comorbilidades graves. Los niños tienen un riesgo prácticamente nulo de morir de Covid; cualquier persona menor de 50 años se enfrenta a un riesgo muy pequeño.

Por lo tanto, sería razonable suponer que las "vacunas" contra Covid fueron diseñadas ante todo para esa pequeña minoría, lo que significaría que los estudios de prueba que probaron las "vacunas" antes de que se comercializaran deberían haberse centrado en esta pequeña minoría.

Eso no es lo que sucedió.

En el último lote de documentos publicados, se enumeran los "criterios de exclusión" de Pfizer para participar en sus ensayos.

Aquí están, debemos fijarnos en el #29.

Esa es una lista bastante completa, incluso sin contar las otras 28 categorías excluidas. También incluye a prácticamente todas las personas con alto riesgo de morir de Covid. Con lo cual, ¿cómo es posible que le recomienden a todo el mundo que se inocule, si excluyeron prácticamente a todo el mundo de los ensayos?

Los "vacunados" contagian igual o más

Desde hace tiempo se ha estado culpando a los no "vacunados", de los nuevos contagios y de la aparición de las nuevas supuestas olas causadas por supuestas nuevas variantes. Sencillamente, es falso, como otras muchas afirmaciones que han lanzado los diferentes gobiernos y muchos medios de "comunicación". En este caso, lo hacen para tapar la vergonzosa eficacia de las mal llamadas "vacunas". Como ha quedado demostrado, simplemente no funcionan y para disimularlo, primero se inventan una nueva "variante" y luego acusan a los renuentes de ser los culpables de su transmisión. Pero, ¿no decían que estaban "inmunizados" los "vacunados"? ¿No garantizaban una alta efectividad las "vacunas" según sus fabricantes?, entonces, ¿cómo es que a nivel mundial, la mayor parte de los nuevos contagios y fallecimientos, se dan en personas "vacunadas"? ¿Cómo es que los países con mayor tasa de "vacunación" son, justamente, los que presentan mayor tasa de fallecimientos y contagios?...Curioso que la ciencia haya demostrado que, realmente, los peligrosos son los "vacunados"; desmontando una vez más un nuevo "error" del discurso oficial.

Sin olvidar todo lo demostrado anteriormente, para constatar la falsedad de tales afirmaciones, Canadian Covid Care Alliance (CCCA) ha elaborado una presentación que destruye el mito de una pandemia impulsada por los no "vacunados", con datos recopilados por expertos reales. Además, vamos a utilizar un documento de posicionamiento recién emitido por el "Consejo de Emergencia Pública Israelí para la Crisis Covid" que detalla lo que llaman suposiciones defectuosas y problemas éticos inherentes a culpar a los no "vacunados" por la última ola de Covid.

La primera suposición defectuosa, y posiblemente la más frecuentemente reportada, es que las personas no "vacunadas" se infectan con Covid más que las "vacunadas". El documento cita datos que muestran que "***la tasa de individuos "vacunados" entre individuos con casos verificados de Covid, es cercana e incluso idéntica a su proporción relativa en la población, incluso cuando se ordena por grupo de edad, y a pesar de que la normativa del Ministerio de Salud fomenta un gran número de pruebas entre los no 'vacunados'***".

La segunda suposición falsa, que los no "vacunados" infectan a otros más fácilmente que los "vacunados". Los datos de los CDC, Public Health England y otros estudios demuestran que una vez infectados, ***la carga viral es como máximo similar (aunque suele ser inferior como se ha demostrado en el presente informe) tanto en los "vacunados" como en los no "vacunados". Dado que la carga viral es el factor más importante en la capacidad de infectar a otros, tanto los "vacunados" como los no "vacunados" representan un riesgo similar de transmitir el virus a otros*.**

La tercera suposición falsa es que la transmisión asintomática es común. Los estudios muestran que la tasa de transmisión de personas asintomáticas es 20 veces menor que la de los pacientes sintomáticos (que son examinados y aislados de todos modos, independientemente de su estado de "vacunación"), por lo que ***la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona es significativamente menor que el 1%***.

El documento también señala que los países altamente "vacunados" como Islandia también están experimentando una nueva ola de Covid a pesar de su muy alta tasa (80% – 90%). "***Por lo tanto, las personas no "vacunadas" no son lo que hace que la pandemia continúe, ni ponen en peligro a los "vacunados" en ese aspecto. De hecho, parece que la esperanza de erradicar el Covid mediante el logro de la "inmunidad colectiva" a través de la 'vacunación' de un porcentaje suficientemente alto de la población, ha demostrado ser poco realista***".

"***No hay evidencia científica alguna que respalde la afirmación de que las personas no "vacunadas" están arriesgando la salud pública de ninguna manera más que las personas 'vacunadas'" y que "la 'vacunación' debe tratarse como un medio principal para proporcionar protección personal contra enfermedades graves o muerte, especialmente para las personas en alto riesgo***".

A pesar de la falta de base científica, los políticos, los funcionarios de salud y muchos en los medios de comunicación continúan culpando a los no "vacunados" por el último aumento de Covid. Esto plantea una serie de cuestiones éticas que el consejo abordó en su documento.

Estos ataques a la elección de las personas de no tomar una intervención médica es una pendiente resbaladiza. Ya sea alguien que tiene una enfermedad pulmonar y continúa fumando, o un superviviente de un ataque cardíaco que se niega a alterar su dieta, o que haya alrededor de un 80% de las personas que no toman la "vacuna" para prevenir la gripe estacional. "***La misión del sistema de salud es servir al público, y no debe ejercer ninguna consideración que restrinja la libertad individual***".

Las decisiones de salud deben tomarse libremente, de lo contrario, habrá una pérdida de confianza entre los pacientes y los proveedores de atención médica: "***La política de salud pública es efectiva solo cuando se basa en la***

educación y el diálogo. El discurso agresivo podría resultar en la pérdida de confianza de sectores significativos del público y conducir a la reducción de las tasas de otras vacunas de rutina que son de crucial importancia".

Culpar a los no "vacunados" podría "fomentar la ilusión de que la 'vacunación' protege contra el contagio" y puede hacer que las personas "vacunadas" piensen que están más seguras de lo que realmente están.

Al concluir su posición, el Consejo escribe: "***En una democracia, en cuyo núcleo están la dignidad humana y los derechos humanos, no hay lugar para llamamientos e incitaciones de este tipo. El derecho de la sociedad a la protección prevalece sobre el derecho del individuo a la libertad sólo cuando existe un peligro real (como se hace en el caso de los pacientes psicóticos violentos, o en el caso muy diferente de los presos). Es un error restringir la libertad de una persona debido a un riesgo potencial remoto***".

"***La elección de vacunarse debe permanecer en manos de cada persona, de acuerdo con su comprensión y valores***. Instamos al gobierno a pedir de inmediato el fin del discurso agresivo antes mencionado, al tiempo que da explicaciones al público que son científicas y accesibles que destacan que las personas que aún no han sido vacunadas no son un factor que perpetúe la pandemia y ponga en peligro al público".

Está demostrado científicamente que los "vacunados" contagian igual o más que los no "vacunados" ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)). Los "vacunados" contra la Covid-19 y los que no, contagiaron con la misma facilidad si estaban infectados por Ómicron, una de las últimas variantes del SARS-CoV-2. "***No encontramos diferencias entre personas 'vacunadas' y no 'vacunadas***'", señalan los autores del estudio español publicado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

Una perspectiva disidente de la ortodoxia de Covid-19 se ha abierto camino en una de las voces más prestigiosas del establecimiento médico, con una carta de un epidemiólogo alemán que critica la narrativa de que Covid ahora representa una "pandemia de no vacunados".

El Dr. Günter Kampf es profesor asociado de higiene y medicina ambiental en la Universidad de Medicina Greifswald, Instituto de Higiene y Medicina Ambiental en Alemania. Su carta, publicada en la edición del 20 de noviembre de The Lancet, destaca "la creciente evidencia de que ***las personas "vacunadas" continúan teniendo un papel relevante en la transmisión" del virus y, por lo tanto, la idea de que "los no 'vacunados' amenazan a los 'vacunados'" es "demasiado simple***".

"En los EE. UU., Se notificaron un total de 10 262 casos de Covid-19 en personas 'vacunadas' al 30 de abril de 2021, de los cuales 2725 (26.6%) eran asintomáticos, 995 (9.7%) fueron hospitalizados y 160 (1.6%) murieron, explicó

Kampf. "En Alemania, el 55.4% de los casos sintomáticos de Covid-19 en pacientes de 60 años o más se produjeron en personas completamente "vacunadas", y esta proporción aumenta cada semana".

"Históricamente, tanto Estados Unidos como Alemania han engendrado experiencias negativas al estigmatizar a partes de la población por su color de piel o religión", concluyó Kampf. "Hago un llamado a los funcionarios y científicos de alto nivel para que detengan la estigmatización inapropiada de las personas no 'vacunadas', que incluyen a nuestros pacientes, colegas y otros conciudadanos, y que hagan un esfuerzo adicional para unir a la sociedad".

Kampf elaboró estas preocupaciones en un ensayo del 29 de octubre publicado por el Brownstone Institute. Allí agregó ***que los "vacunados" pueden contribuir al desarrollo de variantes del virus y, de hecho, pueden acelerar la propagación de la Covid al cambiar su comportamiento después de recibir sus "vacunas***".

"Las personas 'vacunadas' suelen comportarse de forma más arriesgada, tienen más contactos, van más a conciertos y fiestas", explicó. "Ya no se prueban en Alemania y no se ponen en cuarentena. Es una carta blanca para una vida social casi normal. Si se infectan, a menudo no tienen síntomas o solo presentan síntomas leves y, por lo tanto, no reconocen su infección o la reconocen demasiado tarde. Como resultado, la ola esperada entre los vacunados difícilmente sería visible".

En los Estados Unidos, un conjunto de datos sugiere que la estrategia de "vacunación" masiva para derrotar al Covid-19 ha fracasado. El gobierno federal considera que más de 196 millones de estadounidenses (59% de los elegibles) están "completamente vacunados" (un objetivo en movimiento dada la naturaleza temporal de las "vacunas"), sin embargo, ABC News informó en octubre que más estadounidenses murieron de Covid-19 este año (353 000) que en todo 2020 (352 000), según datos de la Universidad Johns Hopkins.

Mientras tanto, la duda sobre las "vacunas" persiste gracias a preocupaciones no abordadas sobre la seguridad de las "vacunas", derivadas en gran parte del hecho de que se desarrollaron y lanzaron mucho más rápido que cualquier vacuna anterior.

Los defensores enfatizan que su desarrollo no comenzó desde cero, sino que se basó en años de investigación previa en tecnología de ARNm; y que una de las innovaciones de la Operación Warp Speed fue realizar varios aspectos del proceso de desarrollo al mismo tiempo en lugar de secuencialmente, eliminando retrasos no relacionados con la seguridad. Sin embargo, esos factores no tienen en cuenta por completo la condensación de las fases de los ensayos clínicos, cada una de las cuales puede tomar de 1 a 3 años por sí sola, a solo tres meses cada una.

Si bien los casos de daños graves informados al Sistema federal de notificación de eventos adversos de vacunas (VAERS) después de recibir inyecciones antiCovid representan menos del 1% de las dosis totales administradas en los Estados

Unidos, un informe de 2010 presentado al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) del HHS advirtió que VAERS detectaba "menos del 1% de los eventos adversos de las 'vacunas'". Los informes de mayo de NBC News citan a varios expertos de la corriente principal que reconocen "lagunas" en el control federal de "vacunas".

Además, muchos de los no "vacunados" simplemente lo consideran innecesario a la luz de evidencia significativa de que ***la inmunidad derivada de una infección previa por Covid dura más y es más duradera que la teórica inmunidad derivada de la "vacunación"***, mientras que los estadounidenses religiosos y / o pro-vida tienen objeciones morales a tomar algo desarrollado y / o probado con el uso de células fetales de bebés abortados.

Con respecto a la supuesta variante Ómicron, lo más probable es que haya visto titulares como 'La peor variante de Covid' en los medios de comunicación, como éste del periódico financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates 'The Guardian'. Pero dudo que los mismos medios de comunicación, tratando de asustar una vez más a la nación para que cumpla con las inevitables restricciones draconianas, le hayan informado que esta supuesta nueva variante fue descubierta por primera vez entre cuatro individuos, cada uno de ellos completamente "vacunado".

Las tendencias actuales sugieren que sin duda se culpará a los no "vacunados" por el surgimiento de esta nueva variante, y la avalancha de propaganda diseñada para influir en la nación para que apoye el bloqueo de los no "vacunados" probablemente ahora se acelerará.

Pero, ¿está esto justificado?

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) publica un informe semanal de "Vigilancia de vacunas" que contiene estadísticas sobre casos de Covid-19, hospitalizaciones y muertes por estado de "vacunación" en Inglaterra durante las últimas cuatro semanas.

Su informe, publicado el jueves 25 de noviembre, cubre datos sobre infecciones, hospitalizaciones y muertes desde la semana 43 hasta la semana 46 de 2021 (del 25 de octubre al 21 de noviembre).

El informe revela que hubo 833 332 casos registrados de Covid-19, 9094 hospitalizaciones por Covid-19 y 3700 muertes por Covid-19 del 25 de octubre al 21 de noviembre. De estos, los no "vacunados" representaron el 39% de todos los casos, el 34% de todas las hospitalizaciones y el 19% de todas las muertes. Mientras que los "vacunados" representaron el 61% de todos los casos, el 66% de todas las hospitalizaciones y el 81% de todas las muertes.

Pero una mirada más detallada a tres meses de datos de Covid-19 publicados por la agencia revela que las proyecciones muestran que los completamente "vacunados" ya tenían un invierno muy duro antes de la supuesta aparición de la variante de Covid-19 "peor de todos los tiempos". ***Las tasas de infección ya***

son mucho más altas entre las personas completamente "vacunadas", y la tasa de letalidad es espantosamente peor que la que se observa entre la población no "vacunada".

Se usan los siguientes informes para el análisis:

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 39 (cubre la semana 35-38)

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 43 (cubre la semana 39-42)

Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 47 (cubre la semana 43-46)

La siguiente gráfica muestra el número total de casos durante períodos de cuatro semanas desde el 30 de agosto al 21 de noviembre de 2021 según la tabla 8 de los informes de vigilancia de vacunas.

El gráfico revela que las cosas están mejorando para la población no "vacunada" en términos de casos, mientras que empeoran para la población completamente "vacunada".

Los no "vacunados" representaron la mayoría de los casos de Covid-19 entre la semana 35-38 y la semana 39-42. Pero las últimas cuatro semanas han visto un cambio significativo con los casos no "vacunados" disminuyendo en casi 100 000 casos desde la semana 39-42, mientras que los casos completamente "vacunados" aumentaron en alrededor de 53 000.

También vale la pena señalar que se ha registrado un aumento constante entre la población parcialmente "vacunada" durante los últimos tres meses.

La gráfica muestra el número acumulado de casos durante los últimos tres meses por estado de "vacunación", así como el número proyectado de casos por semana hasta la segunda semana de enero de 2022 según la tendencia actual.

Tal como están las cosas, hubo 1 067 859 casos de Covid-19 entre la población no "vacunada" entre el 25 de octubre y el 21 de noviembre, con proyecciones que muestran que los casos podrían aumentar a un total acumulado de aproximadamente 2.5 millones para la segunda semana de enero de 2022 entre los no "vacunados".

Pero hay muchos más casos entre la población completamente "vacunada", con 1 108 306 casos registrados entre el 25 de octubre y el 21 de noviembre, y las proyecciones muestran que los casos podrían aumentar a un total acumulado de aproximadamente 4.8 millones para la segunda semana de enero.

Este gráfico demuestra que ***incluso sin la supuesta nueva variante ya íbamos a ver una 'pandemia de totalmente vacunados' este invierno***.

La gráfica muestra el número total de hospitalizaciones durante períodos de cuatro semanas desde el 30 de agosto hasta el 21 de noviembre de 2021 según la tabla 9 de los informes de vigilancia de vacunas.

El gráfico muestra que las hospitalizaciones entre los no "vacunados" han flotado alrededor de la marca de 3000 durante períodos de cuatro semanas durante los últimos tres meses.

Pero desafortunadamente ***para la población completamente "vacunada", las hospitalizaciones entre este grupo han empeorado progresivamente mes a mes***.

El número de hospitalizaciones entre los "vacunados" entre la semana 43 y la 46 es un 30% más alto que el número de hospitalizaciones entre los "vacunados" entre la semana 35 y la 38. Mientras que el número de hospitalizaciones entre los no "vacunados" entre la semana 43 y la 46 es solo un 5% más alto que el registrado entre la semana 35 y 38.

Esto muestra que ***los que están completamente "vacunados" son actualmente la mayor carga para el NHS, no los no "vacunados"***, y también nos muestra algo peculiar en términos del panorama general considerando que se supone que las vacunas reducen el riesgo de hospitalización.

En total, hubo 1 067 859 casos entre los no "vacunados" entre el 30 de agosto y el 21 de noviembre. Por tanto, con un total de 8825 hospitalizaciones, la tasa de casos-hospitalización entre los no "vacunados" es del 0.82%.

Sin embargo, con 1 108 306 casos entre la población "vacunada" durante el mismo período de tiempo y 15 191 hospitalizaciones, la tasa de casos de hospitalización entre los vacunados por completo es del 1.37%.

Por lo tanto, ***la tasa de casos de hospitalización entre los completamente "vacunados" es un 67% más alta que la tasa de casos de hospitalización entre los no "vacunados"***. ¿Debería ser este el caso cuando se alega que las inyecciones de Covid-19 reducen el riesgo de hospitalización hasta en un 95%?

La gráfica muestra el número acumulado de hospitalizaciones durante los últimos tres meses por estado de "vacunación", así como el número proyectado de hospitalizaciones hasta la segunda semana de 2022, y una vez más, las cosas no parecen prometedoras para los que están completamente "vacunados".

Se proyecta que las hospitalizaciones aumenten rápidamente a un total acumulado de aproximadamente 67 500 entre los completamente "vacunados", un aumento de 52 309. Si bien se espera que el número proyectado de hospitalizaciones entre los no "vacunados" aumente a aproximadamente 17 500, un aumento de 8675.

Los "vacunados" representan actualmente el 64% de las hospitalizaciones desde el 30 de agosto, pero desde el 21 de noviembre hasta la segunda semana de 2022 se proyecta que representen el 86% de las hospitalizaciones, lo que significa que pueden haber representado el 80% de las hospitalizaciones desde el 30 de agosto.

La gráfica muestra el número total de muertes durante períodos de cuatro semanas desde el 30 de agosto hasta el 21 de noviembre de 2021 según la tabla 10 de los informes de vigilancia de vacunas.

Del 30 de agosto al 21 de noviembre, Inglaterra registró un total de 9.592 muertes. De estos, solo 1882 se encontraban entre la población no "vacunada", mientras que 7710 se encontraban entre la población "vacunada", y casi 3000 de estas muertes ocurrieron en las últimas cuatro semanas.

El gráfico muestra el número acumulado de muertes durante los últimos tres meses por estado de "vacunación", así como el número proyectado de muertes hasta la segunda semana de 2022, y ***las cosas se ven desastrosas para la población completamente "vacunada"***.

Se proyecta que las muertes aumenten rápidamente a un total acumulado de aproximadamente 34 000 entre los completamente "vacunados", un aumento de 26 574. Si bien se espera que el número proyectado de muertes entre los no "vacunados" aumente a solo 4500, un aumento de 2618.

El gráfico muestra el número total de hospitalizaciones y muertes por Covid-19 por estado de "vacunación" y nos permite comparar los números uno al lado del otro. ***Lo que esto demuestra claramente es que hay una tasa de mortalidad por hospitalización mucho más alta entre las poblaciones totalmente "vacunadas" y parcialmente "vacunadas" que la tasa entre la población no "vacunada"***.

En total, hubo 8825 hospitalizaciones y 1882 muertes entre los no vacunados entre el 30 de agosto y el 21 de noviembre. Por tanto, la tasa de hospitalización-letalidad es del 21.3%.

Pero con 15 191 hospitalizaciones y 7426 muertes entre la población de la población completamente "vacunada", la tasa de mortalidad por hospitalización es del 48.88%.

Esto significa que ***la tasa de hospitalización-letalidad entre la población completamente "vacunada" durante los últimos tres meses ha sido un 130% más alta que la tasa de hospitalización-letalidad entre la población no "vacunada"***.

El gráfico muestra la tasa de casos de hospitalización (No. Casos / No. Hosp.), la tasa de letalidad (No. Casos / No. Muertes) y la tasa de letalidad por hospitalización (No. Hosp / No. Muertes) por estado de "vacunación".

Es bastante preocupante descubrir que las tres tasas son mucho más altas entre la población "vacunada", seguramente deberíamos estar viendo lo contrario si las "vacunas" Covid-19 reducen el riesgo de hospitalización y muerte.

Pero, lamentablemente, ***las cifras anteriores no solo sugieren que las vacunas son ineficaces, sino que en realidad sugieren que empeoran al receptor***.

Una efectividad de la "vacuna" de + 95% contra la muerte por Covid-19 significaría que la población no "vacunada" tiene un 95% más de posibilidades de morir si se infecta con Covid-19 que la "vacunada".

Una efectividad de la "vacuna" del 0% significaría que las "vacunas" son ineficaces y los "vacunados" y no "vacunados" tienen la misma probabilidad de morir si se infectan con Covid-19.

Pero una efectividad de la "vacuna" del -95% significaría que las vacunas realmente empeoran al receptor, por ejemplo, diezmando el sistema inmunológico del receptor o invocando una respuesta como la mejora dependiente de anticuerpos. Lo que hace que las siguientes cifras sean extremadamente preocupantes.

El gráfico muestra el aumento actual del riesgo de hospitalización si se infecta con Covid-19, el aumento actual del riesgo de muerte si se infecta con Covid-19 y el aumento actual del riesgo de muerte si se hospitaliza con Covid-19, entre la población completamente "vacunada". Los porcentajes se han calculado en base a las 'Tasas por estado de vacunación' calculadas en el cuadro anterior.

El gráfico muestra que las personas completamente "vacunadas" tienen un 67% más de probabilidades de ser hospitalizadas con Covid-19 si están infectadas, por lo tanto, esto muestra que las "vacunas" Covid-19 tienen una efectividad promedio de "vacuna" de -67% contra la hospitalización.

Pero la cifra más preocupante demostrada en el gráfico anterior muestra que ***las personas completamente "vacunadas" tienen un 294% más de probabilidades de morir con Covid-19 si están infectadas. Esto muestra que las "vacunas" Covid-19 tienen una efectividad de "vacuna" promedio de -294% contra la muerte.***

Un virólogo de renombre y exfuncionario superior de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Dr. Geert Vanden Bossche, advirtió recientemente sobre los peligros de las vacunas experimentales de transferencia genética Covid-19, alentó a los no inyectados a "permanecer sin vacunar" y predijo un inevitable" colapso de nuestro sistema de salud debido a complicaciones de salud en los "vacunados".

Como primera prioridad, aconsejó al público: "Nunca, nunca - permita que nada, ni nadie, interfiera o suprima su sistema inmunológico innato", que es la primera

línea de defensa que los seres humanos tienen para combatir todas las infecciones.

Según Vanden Bossche, **los "anticuerpos de la vacuna", que teóricamente son inducidos por las actuales "vacunas" Covid-19, suprimen la inmunidad innata y "no pueden sustituirla", ya que disminuyen rápidamente en su eficacia y no pueden prevenir la infección o transmisión del virus**.

Por lo tanto, ***estas inyecciones experimentales, en contraste con la inmunidad innata, " no contribuyen a la inmunidad colectiva"***, dijo.

Esta realidad es más importante en el caso de los niños cuya "inmunidad innata puede ser fácilmente suprimida por los anticuerpos de las vacunas" ya que sus "anticuerpos son tan jóvenes y tan ingenuos que pueden ser fácilmente superados por los anticuerpos de las vacunas", dijo.

Y dado que ***los niños están protegidos de muchas enfermedades por su inmunidad innata, incluido el Covid-19, su supresión por estas "vacunas" los expone a muchos más peligros y "incluso podría conducir a enfermedades autoinmunes"***, advirtió el experto.

Por lo tanto, inyectar a los niños con estos agentes biológicos "¡es absolutamente imposible!" dijo el virólogo. "***No podemos 'vacunar' a nuestros niños con estas 'vacunas'***".

Dirigiendo su atención a los adultos "vacunados", aquellos que han sido "vacunados", el especialista en microbiología dijo que ***la supresión de la inmunidad innata ya ha demostrado ser un problema en esta población***. "De hecho, ***van a tener dificultades para controlar una serie de enfermedades", incluida la Covid-19***".

Sin embargo, dado que sus anticuerpos innatos han sido entrenados previamente a través de años de adaptación y maduración, dijo que "por lo general son más resistentes a los anticuerpos de las vacunas" que los de los niños.

Sin embargo, esta capacidad de recuperación se puede deteriorar aún más con los pinchazos adicionales, por lo que Vanden Bossche advierte que darles refuerzos a estos individuos inoculados "es absolutamente una locura! Lo que esto hará es aumentar aún más la presión inmune de los anticuerpos de la vacuna sobre su inmunidad innata". Por lo tanto, ***las inyecciones de refuerzo son "una absoluta tontería! ¡Es peligroso y no debería hacerse!".***

En cuanto a los no "vacunados", el médico belga describió por qué les iría mucho mejor, primero dividiéndolos en tres categorías:

- Aquellos que no han experimentado síntomas, que "lo más probable es que simplemente estén protegidos por sus anticuerpos innatos";

- Aquellos que han experimentado síntomas leves, sin tener que permanecer en cama por ningún tiempo; y

- Aquellos que se recuperaron de la enfermedad e incluso pueden haber tenido un caso grave.

Debido a lo que llamó la "alta presión infecciosa" de la variante Delta, los respectivos sistemas de inmunidad innata de estos no vacunados ahora pueden tener que luchar un poco más y, por lo tanto, la primera categoría puede experimentar síntomas leves, la segunda, moderada y la el tercero puede tener "una mayor susceptibilidad a algunas otras enfermedades. Por ejemplo, la influenza o el resfriado común".

"Pero muy, muy importante, todos están protegidos", dijo. "Todos todavía están protegidos contra enfermedades graves y la mayoría de ellos estarán protegidos contra enfermedades muy leves o moderadas".

Este es el caso, especialmente, dijo el virólogo, ya que Covid-19 "no es una enfermedad de personas sanas. ***Las personas que gozan de buena salud tienen un sistema inmunológico innato sano que puede hacer frente a varios virus respiratorios sin ningún problema***. Estas personas no solo están protegidas contra la enfermedad, sino que incluso en muchos casos pueden prevenir la infección".

Los "vacunados" 'sirven como una especie de caldo de cultivo para el virus'

Por lo tanto, para mantener su sistema inmunológico innato saludable como protección contra Covid-19 y muchas otras enfermedades, el Dr. Vanden Bossche ofreció los siguientes tres requisitos a los no "vacunados":

- "¡Por el amor de Dios, no se vacunen! Deben permanecer sin vacunar".

- "Cuide su inmunidad innata, lo que significa que deben cuidar su salud, si hace esto y no está "vacunado", te salvarás de una enfermedad grave sin ninguna "vacuna". Al contrario, la "vacuna" haría lo contrario".

- Aquellos con comorbilidades o enfermedades subyacentes "deben tener cuidado con los contactos".

Para esta tercera categoría de los más vulnerables, el médico dijo: "Esto no es para discriminar a los 'vacunados', pero los que no han recibido el pinchazo deben evitar especialmente el contacto con los 'vacunados' en este momento.

"Los 'vacunados' son ahora las personas, y de esto no hay duda, quienes realmente están sirviendo como una especie de caldo de cultivo para el virus", dijo. "Necesitamos tener una protección adicional para aquellos que tienen enfermedades subyacentes. No los vacune, pero de hecho evite que se expongan a una alta presión infecciosa".

Veamos como mienten las autoridades con los propios datos oficiales, para justificar actuaciones carentes de base científica y mantener a los ciudadanos hipnotizados por el miedo y, de paso, ocupados centrados en los no inoculados:

Comparto un enlace a un vídeo elaborado por "Suma T al cambio" en el que se pueden ver los datos oficiales del Ministerio de Salud de España, y contrastarlo con lo que los medios de comunicación dicen. En los medios dicen "el 80% de los internados graves con Covid-19 son no "vacunados", pero eso no es lo que muestran los datos oficiales. Aquí también podemos comprobar como el NHS, también está mintiendo con los datos. De igual forma, para el caso de los niños, con el siguiente vídeo, podemos comprender las carencias que tienen las estadísticas que nos ofrecen para poder tomar decisiones.

Diferenciación de supuesta Covid

Actualmente, hay una pregunta que se está planteando muy frecuentemente y que está relacionada tanto con la efectividad, como con la seguridad de los sueros experimentales:

¿Se puede diferenciar una Covid causada por la inoculación de "vacuna" Covid de una Covid en una persona no "vacunada"?

La respuesta es: sí, se puede diferenciar a través de la serología.

Los análisis serológicos determinan en sangre los anticuerpos y la inmunidad desarrollada después de haber pasado una enfermedad, a través de la determinación de Inmunoglobulinas G (IgG).

En sangre tenemos sobre todo anticuerpos tipo IgM (al inicio de la infección) e IgG (un poco de una semana después de la generación de IgM), y bajos niveles de IgA, mientras que en las mucosas lo más abundante son anticuerpos tipo IgA (sobre todo IgA secretor), mientras que IgM e IgG son en general poco abundantes.

En este caso, habría una diferencia con el enfermo con Covid provocado por la "vacuna", que es la siguiente:

Existen analíticas en cualquier laboratorio de SEROLOGIA COVID-19, que nos permiten diferenciar si la enfermedad Covíd-19 es consecuencia de la inoculación de la "vacuna" Covid 19.

Son IgG proteína S + Ig G proteína N.

SI PASASTE LA ENFERMEDAD, sin estar "vacunado". Los resultados son:

IgG prot S: positivo

Ig G prot N: positivo

Si es Covid-19 por EFECTO ADVERSO POST-INOCULACIÓN de "vacuna" Covid-19. Los resultados son:

Ig G prot S: positivo

IgG prot N: negativo

Aprobación como medicamento de la "vacuna" de Pfizer

Aún con todo lo expuesto aquí sobre su seguridad y eficacia reales, para algunos medios o políticos (aunque hay división de opiniones y realmente, no está muy claro), la mal llamada "vacuna", supuestamente, ya tiene la autorización como medicamento en Estados Unidos (o eso nos han hecho creer) y por tanto, debería de dejar de tener autorización de emergencia para la "vacunación" de personas mayores de 16 años.

¿Cómo puede ser posible la aprobación cuando el historial de seguridad de esta "vacuna" es mucho peor que cualquier otra vacuna en el pasado, incluidas muchas que fueron retiradas del mercado?

Vamos a mostrar los "trucos":

Parte de la respuesta a esa pregunta es que **los CDC no informan de la estadística más relevante para medir la eficacia: el estado de "vacunación" de los pacientes con Covid**. ¿Cuántas de las nuevas infecciones y las nuevas muertes se producen en personas "vacunadas" y cuántas en las no "vacunadas"? Por supuesto, esta información se conoce en las bases de datos de los CDC; es escandaloso que las cifras no se hagan públicas.

Asimismo, los datos sobre transmisibilidad, comparando poblaciones "vacunadas" y no "vacunadas", no se están reportando y no fueron parte de los ensayos clínicos del otoño pasado.

Existen varios sistemas para informar las reacciones a las "vacunas", incluidas las muertes, pero el único disponible para el público es el VAERS. Está incompleto porque no hay incentivos para informar al VAERS y es un proceso engorroso; debemos recordar que sólo un 1% de los casos reales, son reportados.

Podemos comparar los informes de las "vacunas" Covid con los de años anteriores, cuando también hubo cientos de millones de vacunas, incluidas las vacunas anuales contra la gripe y los programas de vacunación infantiles. La comparación es dramática. **Este año hubo más del doble de muertes relacionadas con las "vacunas" Covid que la suma total de todas las muertes por vacunas en los 30 años de historia de VAERS**. Dado este historial de seguridad, ¿cómo existe la posibilidad de aprobación? Aquí es donde entra el fraude estadístico:

El criterio de seguridad que han elegido es un cálculo oscuro llamado PRR (Proporcional Reporting Ratio). Como su nombre indica, **se basa en RATIOS de**

diferentes tipos de eventos y es completamente ciego a la TASA ABSOLUTA de tales eventos. El PRR mide la distribución de diferentes tipos de eventos adversos, por ejemplo, coágulos de sangre, ataques cardíacos y muertes. Si esas proporciones están muy fuera de línea con la gran variedad de reacciones a las vacunas en el pasado, PRR lo detectaría. Por ejemplo, si las nuevas "vacunas" causan un riesgo extraordinario de miocarditis, pero todo lo demás es bajo, PRR señalaría eso. Pero si la miocarditis fuera solo un riesgo entre los muchos que se han informado de vacunas pasadas, entonces PRR no lo detectaría.

El verdadero escándalo es que **PRR ignora los números absolutos de riesgo. La PRR se define de tal manera que busca PATRONES inusuales de eventos adversos, pero es completamente insensible a TASAS inusuales de eventos adversos**. Por supuesto, son las tasas y no los patrones lo que preocupa principalmente, y el PRR NO está diseñado para reflejar eso.

Por ejemplo, supongamos que tenemos 2 vacunas:

La vacuna A tiene 1 muerte reportada por millón de vacunas, 3 ataques cardíacos reportados por millón y 20 dolores de cabeza reportados por millón.

La vacuna B tiene 1 muerte reportada por cada cien vacunas, 3 ataques cardíacos reportados por cada cien y 20 dolores de cabeza reportados por cada cien.

La vacuna A es bastante segura y la vacuna B es extremadamente peligrosa. ¡Y sin embargo, la fórmula para el cálculo de PRR producirá el mismo resultado para las vacunas A y B!

Claramente, **la PRR no es un criterio apropiado para evaluar la seguridad de una vacuna en particular**. PODEMOS AFIRMAR, POR TANTO, QUE LOS DATOS ESTÁN "COCINADOS", ALGO QUE TAMBIÉN SUCEDIÓ CON LOS DATOS DE EFICACIA DE LOS SUEROS, COMO HA QUEDADO DEMOSTRADO.

Como podremos comprobar, el texto de la carta, se intepreta de diferentes maneras:

Para algunos, la FDA, realmente, no aprobó totalmente la "vacuna" de Pfizer, sino que solo 'reexaminó' su 'autorización para uso de emergencia' con otro nombre. Cada inyección contra la Covid, incluida la de Pfizer, lleva menos de un año de uso y, por definición, sigue siendo experimental. La "vacuna" de Pfizer, como la de Moderna, se basa en un experimento "novedoso" que utiliza ARN mensajero que secuestra la maquinaria de las células humanas para producir anticuerpos de pico. Nunca antes se había usado algo así en humanos, convirtiendo el lanzamiento de la "vacuna" es un experimento gigante. El hecho es que los ensayos clínicos de Pfizer no terminan hasta mayo de 2023. Cada día surgen más preguntas sobre cuáles serán los efectos a largo plazo de la "vacuna" Pfizer en el sistema inmunológico, en la Covid, en las enfermedades crónicas, en la fertilidad, etc. Dado que nadie conoce las respuestas a estas preguntas, la "vacuna" es obviamente todavía experimental.

Para otros sí está aprobada. El documento se abre con esta declaración: “El 23 de agosto de 2021, la FDA aprobó la primera “vacuna” Covid-19. La “vacuna” se conoce como la vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19, y ahora se comercializará como Comirnaty, para la prevención de la enfermedad Covid-19 en personas de 16 años o más. La “vacuna” también sigue estando disponible bajo autorización de uso de emergencia (EUA), incluso para personas de 12 a 15 años de edad y para la administración de una tercera dosis en determinadas personas inmunodeprimidas ".

Debemos ser conscientes de que la FDA está haciendo una distinción entre lo que podríamos llamar la "vieja ‘vacuna’ Pfizer" y la "nueva ‘vacuna’ Pfizer". Son idénticos en sus ingredientes. Son la misma “vacuna”. Pero a los viales de la “vacuna vieja” se les otorgó la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) antes de la licencia completa de la “vacuna” por parte de la FDA el 23 de agosto; y los viales de la “nueva vacuna” ciertamente se usarán bajo licencia completa (aprobación). La “vacuna antigua" tiene la etiqueta "Vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19" y la “vacuna nueva" tiene la etiqueta "COMIRNATY". Nuevamente, son exactamente la misma “vacuna”.

La “vacuna antigua” seguirá teniendo el estatus EUA: se puede inyectar en personas de 12 años o más, y se puede usar como una tercera dosis para ciertos individuos inmunodeprimidos. La “nueva vacuna”, que cuenta con la aprobación total de la FDA, CONTINÚA TAMBIÉN TENIENDO ESTADO EUA, y por lo tanto, también puede inyectarse en personas de 12 años o más, y usarse como una tercera dosis para ciertos individuos inmunodeprimidos. La “vacuna nueva" y totalmente aprobada conserva su anterior estado EUA. AMBAS están totalmente aprobadas y certificadas como un producto experimental de emergencia.

El razonamiento de la FDA podría ser el siguiente: la agencia quiere asegurarse de que los viales que lleven la etiqueta de la “vacuna nueva" totalmente aprobada se puedan inyectar en personas a las que no se les aplica la aprobación total: personas de entre 12 y 15 años y ciertas personas inmunodeprimidas, así como, para la tercera dosis. La FDA aprobó por completo la "nueva vacuna" y también retuvo la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la "nueva vacuna". Ambas.

Si hacemos un examen más detallado de los documentos de “autorización completa” hace que algunos estadounidenses se sientan engañados. Está el asunto de que Pfizer-BioNTech todavía parece tener las protecciones legales que acompañan a la autorización de uso de emergencia, todo mientras supuestamente tiene la aprobación “completa” de la FDA. ¿Cómo ha conseguido la empresa farmacéutica semejante “efecto” comercial?

Tras un examen más crítico de los documentos, parece que la empresa, con la ayuda indispensable de unos medios de comunicación cómplices y de la administración Biden, ha llevado a cabo una clásica maniobra de engaño. Examinemos el lenguaje técnico utilizado en el torpemente redactado comunicado. La nueva etiqueta para la “vacuna” “totalmente autorizada” se llama “Comirnarty”.

El 11 de diciembre de 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) emitió una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para el uso de emergencia de la "vacuna" de Pfizer-BioNTech Covid-19 para la prevención de la Covid-19 en individuos de 16 años de edad y mayores de acuerdo con la Sección 564 de la Ley, declaró la FDA en una carta a la Directora Senior Global de Pfizer, la Sra. Elaine Harkins. La FDA volvió a emitir la carta de autorización el: 23 de diciembre de 2020, el 25 de febrero de 2021, el 10 de mayo de 2021, el 25 de junio de 2021 y el 12 de agosto de 2021.

El 23 de agosto de 2021, la FDA aprobó la solicitud de licencia de productos biológicos (BLA) presentada por BioNTech Manufacturing GmbH para COMIRNATY ("vacuna" Covid-19, ARNm) para la inmunización activa para prevenir la Covid-19 causada por el SARS-CoV-2 en individuos de 16 años o más.

La doctoranda en bioquímica y biología molecular Kathleen Lee captó el cambio de lenguaje y decidió presionar más. "Llamé al número de Pfizer BioNtech 1-800-666-7248. La grabación dice claramente que no ha sido aprobado por la FDA. El BNT162B2 de Pfizer está todavía bajo la autorización de uso de emergencia. Esto aclara esa desordenada autorización de la FDA entre Comirnaty y Pfizer BioNtech. Pasando por alto la extraña elección de un código de área, decidí llamar y confirmé que esto sigue siendo así. Pero podría tratarse de una grabación antigua". Lee continuó expresando su análisis de la aparente discrepancia. "Es un engaño, si el vial dice Comirnaty, está aprobado por la FDA. Si el vial dice Pfizer BioNtech, está bajo aprobación de uso de emergencia y no están sujetos a la responsabilidad. Primero hay que deshacerse de millones de dosis".

Si el próximo lote de "vacunas" que se dispensa se produjera bajo la etiqueta de Cominarty, entonces eso parecería reconciliar la cuestión. Aunque ese no es el caso. Escondido en las notas a pie de página de los documentos de Pfizer-BioNTech hay una nota que pone en perspectiva que las "vacunas" actualmente etiquetadas todavía están bajo la autorización de uso de emergencia (EUA). Aunque COMIRNATY ('Vacuna' Covid-19, ARNm) está aprobada para prevenir la Covid-19 en individuos de 16 años o más, no hay suficiente "vacuna" aprobada disponible para su distribución a esta población en su totalidad en el momento de la reedición de esta EUA. Además, no hay productos aprobados para prevenir la Covid-19 en individuos de 12 a 15 años, o que estén aprobados para proporcionar una dosis adicional a la población inmunocomprometida descrita en esta EUA.

El abogado Robert Barnes llegó al meollo de la cuestión en un post: "No hay una "vacuna" autorizada 'disponible' aprobada por la FDA. Esto es lo que está sucediendo. Si la FDA aprobara y autorizara la "vacuna" Covid-19, tendría que revocar las "vacunas" de EUA y someter al fabricante de "vacunas" a un mayor riesgo de responsabilidad. Así que sólo aprobó una futura "vacuna" que no está 'disponible', ¿cómo va a haber vacunas de cualquier EUA si la ley no las permite si hay una vacuna autorizada disponible?"

Dr. Paul Craig Roberts: "Los especuladores de la 'vacuna' Covid afirman que ahora que la 'vacuna' está oficialmente aprobada, puede ser obligatoria. Esto es falso por dos razones:

- Una razón es que todos **los procedimientos médicos, que incluyen la inoculación, requieren bajo la ley "consentimiento informado". Por lo tanto, la "vacunación" no puede ser legalmente obligatoria**. Las corporaciones estadounidenses están tratando de sortear la ley diciendo que no requieren que nadie se "vacune", pero si elige trabajar para la corporación, la "vacunación" es una condición de empleo.

- La otra razón es que **la FDA no dio la aprobación final a las existencias que quedan de la "vacuna" de Pfizer. Este suministro fue autorizado solo bajo uso de emergencia y permanece bajo esa autorización**. La FDA reautorizó o renovó la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de las existencias existentes.

La FDA diferencia entre la "vacuna" EUA, que protege a Pfizer de la responsabilidad, y la "vacuna" aprobada, con el nombre de Comirnaty. Las "vacunas" son las mismas, pero a la aprobada no se le ha dado inmunidad de responsabilidad, por lo que hay una diferencia legal. Es poco probable que Pfizer comercialice Comirnaty hasta que pueda obtener inmunidad de responsabilidad por la aprobada. Mientras tanto, hay un suministro de la vacuna autorizada por la EUA para ser utilizada.

La conclusión es que **la "vacuna" actualmente en uso y producida bajo la autorización de la EUA no tiene la aprobación final de la FDA**. **Para Comirnaty aprobado y aún por producir, Pfizer es responsable de muertes y lesiones**. **Por lo tanto, las dosis de la nueva producción aprobada no están disponibles. La FDA y las farmacéuticas cuentan con que los no "vacunados", así como los médicos, no noten la distinción y vayan por la "vacuna" EUA no aprobada pensando que finalmente está aprobada y, por lo tanto, es segura**.

En una carta escrita por el Dr. Robert Malone (no olvidemos que es el inventor de las vacunas de ARNm), tras la supuesta autorización a la "vacuna" de Pfizer, explica una serie de detalles muy interesantes que ahondan en lo expuesto anteriormente:

NO OFRECE APROBACIÓN TOTAL. Extiende la EUA (autorización de emergencia) para permitir el suministro de Pfizer bajo EUA debido al suministro limitado de la versión BioNTech. "Los productos son legalmente distintos con ciertas diferencias que no afectan la seguridad ni la eficacia (página 2, carta de Pfizer):

- Aquí la FDA admite que la "vacuna" Pfizer con licencia y la "vacuna" autorizada de Pfizer son idénticas en cuanto a seguridad / eficacia, pero son "legalmente distintas".

- Ese es el "código" que les permite que en uno de los casos tenga responsabilidad del fabricante, y en el otro no. También es un "código" para cubrirse; "**no queremos imponer un mandato al producto EUA porque es ilegal, pero probablemente podamos salirnos con la nuestra con un mandato sobre el producto con licencia**".

- Página 12 AA (Condiciones con respecto al uso del producto con licencia). Esto le dice que sí, autorizamos la "vacuna", pero hay una gran cantidad de la vieja "vacuna" por ahí, en realidad "una cantidad significativa" y esta cantidad, se considerará bajo una EUA y se seguirá utilizando.

- ¿Por qué harían eso? ¿Por qué especificar que versiones idénticas del producto serán legalmente diferentes? Porque **necesitan la licencia para imponer los mandatos, pero necesitan la EUA para evadir la responsabilidad**.

- **Junto con la licencia viene la responsabilidad del fabricante, si bien todos los productos EUA recibieron un escudo de responsabilidad**.

- Desafortunadamente, nuestros gobiernos preferirían que nos quedemos sin recursos si nos lesionamos con las "vacunas", en lugar de que Pfizer defienda su producto en los tribunales. **Quieren que pensemos que la "vacuna" que estamos recibiendo tiene licencia, lo que hará que las personas se presenten a "vacunarse" porque piensan que ahora puede ser obligatorio, pero en cambio, es casi seguro que recibiremos los viales de EUA en su lugar, para salvar a Pfizer**. Existe un programa de lesiones CICP, pero aún no ha pagado por una sola lesión de la "vacuna" Covid.

Señala además otros puntos importantes respecto al anuncio de la FDA:

- Las afirmaciones de eficacia se basan en datos obsoletos.

- La decisión es prematura, respecto a los riesgos de miocarditis y pericarditis.

- El monitoreo continuo de los datos de seguridad de la FDA es inadecuado.

- Los riesgos del embarazo siguen sin conocerse.

- Esta fue una acción dilatoria motivada políticamente por la FDA.

- ¿Por qué no aprobar también la versión de Pfizer? ¿Por qué dejarlo bajo EUA?

- Cuando la prensa dice que "la vacuna Pfizer está totalmente aprobada", realmente, no lo está.

- THE BLA (Biologics License Application) reconoce problemas de miocardio a largo plazo con un seguimiento de 5 años consistente con el rango más bajo para LTFU para productos de terapia génica.

  ¿La FDA está reconociendo la clasificación de la terapia génica? **Estos productos han sido clasificados por la FDA como productos de terapia genética que requieren hasta 15 años de seguimiento a**

largo plazo en estudios. Esto fue reconocido por Moderna en su presentación del segundo trimestre de 2020.

- **Se sabe que la detección de señales de seguridad mediante análisis de desproporcionalidad (PRR) es inadecuada**.

- Utilizando métodos publicados por los CDC, normalizando para las personas "vacunadas", Children's Health Defense calcula que hay 176 veces más informes en VAERS de muertes asociadas con las vacunas C19 que de las vacunas contra la gripe. 35 veces el número de H1N1.

- Además, utilizando datos del Ministerio de Salud de Israel, combinados con el estudio de Dagan, hemos estimado entre 35-86 000 EXCESO de muertes en Estados Unidos, debido a Covid en los "vacunados" (> = 1 dosis)

- Rango total de muertes que pueden estar asociadas con las "vacunas" C19: 65 000-176 000 (no se puede asignar causalidad).

- Se debe tener en cuenta el total de muertes por C19 en Estados Unidos. Desde el inicio de la "vacunación": alrededor de 300 000.

- Estas alarmantes señales de seguridad, relacionadas con la muerte, junto con una serie de eventos cardíacos, neurológicos y tromboembólicos justifican la adopción del término: **Síndrome Posvacunal Covid**.

Las pruebas de las "vacunas" Moderna y Pfizer se realizaron, como es habitual, con un grupo de control, es decir, con un grupo dentro del ensayo que recibió un placebo y no la "vacuna" de prueba. Sin embargo, **durante el ensayo, las farmacéuticas decidieron romper el protocolo y notificar al grupo de control que no estaban "vacunados", por lo que a casi todo el grupo de control se le administró la "vacuna"**.

Según ha informado la NPR, la radio pública de los Estados Unidos, **la disolución intencional del grupo placebo viola el propósito científico de probar si la "vacuna" tiene alguna eficacia; cualquier beneficio real y/o problemas de seguridad no podrá ser evidenciado, ya que sin un grupo de control, no hay nada con lo que comparar al grupo vacunado.**

Para que quede clara la gravedad de la decisión adoptada y la metodología empleada, la autorización y aprobación final de la agencia norteamericana del medicamento (FDA) para las "vacunas" se basa en el resultado de estos ensayos, por lo que no hay forma de medir la eficacia, efectividad o seguridad de la vacuna en sí.

No queda nadie dentro del grupo de control, que dé un valor estadísticamente válido, para proporcionar una comparación adecuada de los resultados para personas vacunadas frente a las no vacunadas.

¿Cómo puede considerarse eficaz la "vacuna" cuando no hay un grupo de personas no "vacunadas" con las que comparar los resultados?

El British Medical Journal [BMJ] anunciaba que la FDA estaba preparada para otorgar la aprobación total a la "vacuna" Pfizer **sin discusión pública de los datos**:

"Los defensores de la transparencia han criticado la decisión de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) de no celebrar una reunión formal del comité asesor para discutir la solicitud de Pfizer para la aprobación total de su 'vacuna' Covid-19"

La "vacuna" ya se ha inoculado a millones de los estadounidenses a través de una autorización de uso de emergencia. **Las empresas suelen solicitar la aprobación después de que haya transcurrido un período más largo para que haya más datos disponibles para su revisión.**

Kim Witczak, una defensora de la seguridad de los medicamentos que se desempeña como representante del consumidor en el Comité Asesor de Drogas Psicofarmacológicas de la FDA, dijo que la decisión eliminó un mecanismo importante para examinar los datos. "**Estas reuniones públicas son imprescindibles para crear confianza y seguridad, especialmente cuando las "vacunas" llegaron al mercado a la velocidad del rayo con una autorización de emergencia**. **Estas reuniones ofrecen una plataforma donde se puedan plantear preguntas, problemas abordados y datos examinados de antemano, antes de cualquier aprobación**". **Witczak** es uno de los más de 30 signatarios de una petición ciudadana pidiendo a la FDA que se abstenga de aprobar completamente cualquier "vacuna" Covid-19 este año para recopilar más datos. Ella advirtió que sin una reunión: "No tenemos idea de cómo se ven los datos". "Es preocupante que se esté recibiendo la aprobación total basada en datos de 6 meses a pesar de que los ensayos fueron diseñados para dos años". "**La aprobación total de las "vacunas" Covid-19 debe realizarse en un foro público abierto para que todos lo vean. Podría establecer un precedente muy peligroso de estándares reducidos para futuras aprobaciones**". En dicha petición se indicaban lo siguientes puntos a realizar antes de cualquier autorización:

- Completar al menos 2 años de seguimiento de los participantes inscritos originalmente en ensayos clínicos fundamentales, incluso si los ensayos fueron cegados y ahora carecen de un control de placebo. Todos los ensayos de fase 3 del fabricante de "vacunas" ya se diseñaron con esta duración planificada.

- Asegurarse de que exista evidencia sustancial de efectividad clínica que supere los daños en poblaciones especiales tales como: lactantes, niños y adolescentes; aquellos con infección anterior por SARS-CoV-2; inmunodeprimidos; mujeres embarazadas; mujeres en lactancia; adultos mayores frágiles; e individuos con cáncer, trastornos autoinmunitarios y afecciones hematológicas.

- Una evaluación de seguridad completa de la proteína Spike que se produce in situ por los tejidos corporales después de la administración de la

"vacuna", y la biodistribución completa de dicha proteína, la farmacocinética y la toxicidad específica del tejido.

- Finalización de los estudios de biodistribución de la "vacuna" desde el lugar de administración e implicaciones de seguridad de la traducción del ARNm en tejidos distantes.

- Investigación exhaustiva tanto de todas las reacciones adversas graves notificadas después de la "vacunación", como de las muertes, notificadas en los sistemas de farmacovigilancia de los Estados Unidos y el mundo.

- Evaluación de la seguridad en personas que reciben más de dos dosis.

- Inclusión de expertos en terapia y administración de genes en el Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC), en reconocimiento del hecho de que las nuevas "vacunas" Covid funcionan sobre la premisa de la administración de genes, a diferencia de las vacunas convencionales.

- Hacer cumplir estrictos requisitos de conflicto de intereses para garantizar que las personas involucradas en el análisis de datos y los procesos de toma de decisiones relacionados con BLA no tengan ningún conflicto de intereses con los fabricantes de "vacunas".

Una "vacuna" Covid-19 debe ser aprobada cuando, y solo cuando, haya evidencias sustanciales que demuestren que los beneficios del producto superan los daños para la población receptora indicada; es decir que: garantizar el acceso a las "vacunas" una vez finalizada la emergencia de salud pública, o garantizar el acceso adecuado a las "vacunas" en toda la población, o para habilitar mandatos de "vacunas" o para reforzar la confianza del público, NO SON RAZONES VÁLIDAS PARA AUTORIZAR NINGUNA "VACUNA", por mucho que las autoridades o los medios de "comunicación" estén empeñados en decir lo contrario, ellos venden propaganda, pero la ciencia la desmiente una vez más.

El Dr. David Martin advirtió que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó una "vacuna" contra el coronavirus (Covid-19) que no existe.

"Cuando los miembros de la corriente principal sugieren que esta aprobación ha puesto repentinamente lo que está en los congeladores de todo el mundo en un estado aprobado, eso en realidad no es cierto". Comirnaty no existe", dijo Martin, refiriéndose al nombre de marca de la "vacuna" Pfizer que recibió la aprobación total de la agencia federal. "La aprobación es para la producción futura de la 'vacuna' Covid".

"La sección de dónde se puede fabricar y cuándo se puede fabricar está redactada, lo cual es inusual dado el hecho de que se supone que una carta de aprobación es un anuncio público que hace que estas cosas sean visibles".

La confusión provocada por la aprobación se vio agravada por la extensión de la autorización de uso de emergencia (EUA) para la "vacuna" Pfizer utilizada para

niños de entre 12 y 15 años, así como para Moderna y Johnson & Johnson. "Vacunas" para Covid-19.

"El mandato de EUA tiene validez hasta que haya alternativa clínica. En el momento en que haya una aprobación, las protecciones EUA para Moderna y Johnson & Johnson dejarían de existir instantáneamente".

En su carta de aprobación, la FDA reconoció que hay "una cantidad significativa"de la "vacuna" Pfizer Covid-19 producida bajo EUA todavía disponible para su uso. La FDA dictaminó que la "vacuna" Covid-19 de Pfizer bajo la EUA debe permanecer sin licencia pero puede usarse "indistintamente" con Comirnaty.

Dadas las circunstancias, estaba claro que la concesión de la aprobación total fue un movimiento calculado por parte del gobierno para alentar a las empresas y escuelas a imponer mandatos de "vacunas" y permitir que Pfizer descargue inventarios de su "vacuna" Covid-19 bajo EUA. La administración de Biden está presionando para que los estudiantes se "vacunen".

Diana Zuckerman, presidenta del Centro Nacional de Investigación en Salud, quien también ha hablado en reuniones recientes de VRBPAC: "Es obvio que la FDA no tiene la intención de escuchar la opinión de nadie más. Pero si toma decisiones a puerta cerrada, puede alimentar la vacilación. **Es importante tener una discusión pública sobre qué tipo de datos hay y cuáles son las limitaciones. Cuando pensamos en riesgo versus beneficio, necesitamos saber**".

Joshua Sharfstein, vicedecano de práctica de salud pública y participación comunitaria en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg y excomisionado adjunto de la FDA durante la administración Obama, dijo que **las reuniones del comité asesor** eran más que una forma de recibir aportes científicos de expertos externos. "También es una oportunidad para educar al público sobre el importante trabajo que la FDA ha realizado al revisar una enorme cantidad de datos sobre un producto". "Es **una oportunidad para que se hagan y respondan preguntas, lo que genera confianza pública**". "Si no hay reuniones del comité asesor antes de la concesión de la licencia, la FDA debería considerar tomar medidas adicionales para explicar la base de sus decisiones al público".

El 18 de agosto, antes de la noticia de que la FDA no celebraría una reunión formal del comité, el presidente de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América, **Barbara** Alexander, elogió el impacto de las **reuniones del VRBPAC** como "**una parte crítica y necesaria**" del proceso para evaluar si se deben administrar dosis de refuerzo.

El Dr. Paul E. Alexander es un antiguo miembro de la Universidad McMaster de Canadá y ahora es el director de Medicina Basada en la Evidencia y Metodología de la Investigación de la Fundación Verdad por la Salud. En una conferencia emitida el jueves día 26 de agosto de 2021 en LifesiteNews, criticó el método y los plazos con los que las "vacunas" Covid han sido aprobadas y puestas a

disposición del público en general. "Normalmente las 'vacunas' tardan entre 8, 10, 12 y hasta 15 años desde su concepción, antes de ser producidas en masa. Pero ahora mismo tenemos una situación en la que tenemos a los desarrolladores de 'vacunas' de manita con la FDA y los NIH y los CDC, hasta el punto de que han llevado las "vacunas" al público en tres o cuatro meses, lo cual, es un verdadero problema debido a la falta de información contrastada sobre la eficacia de las "vacunas'".

El investigador advirtió del peligro de contar simplemente con la eficacia de un medicamento para demostrar su utilidad y seguridad. De hecho, dijo que "tal vez sea más importante tener en cuenta la evidencia de los daños, y si esos daños, esos riesgos, superan a los beneficios, entonces ese dispositivo médico, ese medicamento, esa vacuna, no puede salir al mercado. Ese ensayo tiene que detenerse. Si al realizar la parte de seguridad del ensayo vemos que los riesgos son mucho mayores que los beneficios, entonces es un problema. Y en ese caso, hay que detener el ensayo. En este caso, para estos ensayos de "vacunas", no se hicieron las pruebas adecuadas con animales, ni las pruebas de seguridad adecuadas. La duración del seguimiento claramente no existe. No podemos afirmar adecuadamente cuáles son las señales de seguridad… porque simplemente no se estudió. La información no está disponible para nadie, ni para el público, ni para los científicos, ni para los médicos. Sólo nos basamos en lo que dicen los desarrolladores de la "vacuna" y la FDA".

A raíz de los informes sobre el aumento de las lesiones después de tomar una inyección de Covid, Alexander dijo que la FDA "parece estar fallando al público estadounidense porque no está haciendo la debida diligencia y protegiendo al público estadounidense". **Este incumplimiento de los protocolos de seguridad es tan atroz que el experto médico sugirió que se había infringido el Código de Nuremberg, el código ético internacional redactado en 1947 tras los Juicios de Nuremberg**. Los fabricantes de las 'vacunas' Covid actualmente disponibles decidieron eludir el uso de estudios en animales, estudios de toxicidad adecuados, estudios farmacodinámicos; los estudios de toxicidad reproductiva tampoco se hicieron para estas "vacunas" Covid. **Los participantes deben estar debidamente informados para poder dar su consentimiento informado y eso significa explicar al participante los beneficios y los daños. Vacunarse no es simplemente 'siéntate ahí, súbete las mangas y deja que te ponga este pinchazo'. Vacunarse implica que te expliquen los beneficios y los daños en función de tu propio perfil de riesgo; tiene que ser alguien que te conozca, como tu proveedor de servicios médicos, tu clínico, etc., no alguien que trabaje en una farmacia CVS o en un Wal-Mart o en un aparcamiento para coches. Es realmente incomprensible lo que se ha hecho ahora**. La FDA en este momento se encuentra en una posición muy cuestionable, especialmente con este presidente que ahora está presionando para dar la aprobación completa de la FDA a Pfizer, lo cual, dio sus frutos el lunes cuando la FDA concedió a la "vacuna" de ARNm de Pfizer su aprobación completa".

Deborah Conrad, una asistente médica con sede en Nueva York, dijo en la conferencia que el hospital en el que trabaja ha visto llegar a "**cantidades sin precedentes de pacientes" con afecciones que normalmente no afectarían a alguien de su edad o sin antecedentes de mala salud, todos los cuales se habían "vacunado" contra la Covid. En consecuencia, ver que la FDA aprueba la inyección de Pfizer es «aterrador para mí**". A partir de marzo de 2021 aproximadamente, empezó a encontrar entre los pacientes mayores niveles de "**hipoglucemia… insuficiencia renal, estamos viendo muchas sepsis… infecciones del tracto urinario, embolias pulmonares… accidentes cerebrovasculares idiopáticos**. Los pacientes suelen preguntar si la "vacuna" es la culpable de su repentina afección. Vemos cosas raras, extrañas, y no hay ninguna razón. Podría ser un par de semanas después de la "vacunación". Podría ser seis semanas después de la "vacunación". Podría ser meses después".

Existe una gran diferencia en el mundo real entre los productos aprobados por la EUA en comparación con los que la FDA ha autorizado en su totalidad. Los productos EUA son experimentales según la ley de Estados Unidos. Tanto el Código de Nuremberg como las regulaciones federales establecen que nadie puede obligar a un ser humano a participar en este experimento. Bajo 21 Código de EE. UU. Sec.360bbb-3 (e) (1) (A) (ii) (III), "autorización para productos médicos para uso en emergencias", es ilegal negarle a alguien un trabajo o una educación porque se niega ser un sujeto experimental. En cambio, **los destinatarios potenciales tienen el derecho absoluto de rechazar las "vacunas" EUA. Las leyes estadounidenses, sin embargo, permiten que los empleadores y las escuelas exijan a los estudiantes y trabajadores que tomen "vacunas" autorizadas**. **Las "vacunas" Covid aprobadas por la EUA tienen un escudo de responsabilidad extraordinario bajo la Ley de Preparación Pública de 2005**. Los fabricantes, distribuidores, proveedores y planificadores gubernamentales de vacunas son inmunes a la responsabilidad. La única forma en que una parte lesionada puede demandar es si puede probar una mala conducta intencional y si el gobierno de los Estados Unidos también ha iniciado una acción judicial contra la parte por mala conducta intencional. Ninguna demanda de este tipo ha tenido éxito. El Gobierno ha creado un programa de compensación extremadamente tacaño, el Programa de Compensación por Lesiones de Contramedidas, para reparar las lesiones de todos los productos EUA. Los parsimoniosos administradores del programa han compensado a menos del 4% de los solicitantes hasta la fecha, y ni una sola lesión por la "vacuna" Covid, a pesar de que los médicos, las familias y los receptores de la "vacuna" lesionados han informado más de 600 000 lesiones por la "vacuna" Covid.

Parece que la FDA ejecutó un ardid inteligente en el que emitió fallos separados para una "vacuna" de Pfizer Inc.-BioNTech que se usa ampliamente en los Estados Unidos y otro fallo para una "vacuna" similar del socio y desarrollador de la plataforma de ARNm de Pfizer con sede en Alemania. BioNTech de Mainz. **Solo BioNTech obtuvo la aprobación de la FDA, pero condicionada a la finalización de una serie de pruebas adicionales en grupos selectos, incluidos bebés, mujeres embarazadas y jóvenes, para 2027**. **La "vacuna" de Estados Unidos, Pfizer-BioNTech Covid-19, solo obtuvo la extensión de su Autorización de uso de emergencia (EUA), ¡no aprobación completa!**

El Dr. Robert Malone, hace un tiempo añadió a lo dicho: "Hay una carta para Pfizer y una carta para BioNTech. El New York Times y el Washington Post se equivocaron. **La autorización no es para Pfizer. La autorización es para BioNTech y solo se iniciará en el momento en que el producto BioNTech esté disponible"**.

Al menos por el momento, la "vacuna" Pfizer Comirnaty no tiene protección de responsabilidad. Los viales del producto de marca, que dicen "Comirnaty" en la etiqueta, están sujetos a las mismas leyes de responsabilidad del producto que otros productos estadounidenses. Las vacunas para adultos con licencia, incluida la nueva Comirnaty, no gozan de ningún escudo de responsabilidad, las personas lesionadas por la "vacuna" Comirnaty podrían demandar por daños y perjuicios. Por lo tanto, es poco probable que Pfizer permita que cualquier estadounidense tome una "vacuna" Comirnaty hasta que de alguna manera pueda arreglar la inmunidad para este producto.

Los estadounidenses, a quienes se les haya dicho que la "vacuna" Pfizer Covid ahora tiene licencia, asumirán comprensiblemente que los mandatos de la "vacuna" Covid son legales. Pero solo las "vacunas" autorizadas por la EUA, por las que nadie tiene ninguna responsabilidad real, estarán disponibles durante las próximas semanas cuando se cumplan muchos plazos de mandato escolar.

Si bien los medios de comunicación han proclamado que la FDA ha aprobado las "vacunas" Covid, la FDA no ha aprobado las "vacunas" Pfizer BioNTech, ni ninguna "vacuna" Covid para el grupo de edad de 12 a 15 años, ni ninguna dosis de refuerzo para nadie.

En una entrevista a Alix Mayer, presidenta de la organización Children's Health Defense California Chapter:

Por un lado, la FDA afirma que la "vacuna" Comirnaty es intercambiable con la "vacuna" de Pfizer, pero también es diferente de forma legal. Los tribunales tuvieron que opinar sobre el asunto y ***un juez rechazó la afirmación del Departamento de Defensa de que las dos dosis de "vacunas" son intercambiables***. ***No son intercambiables***. Eso significa que la "vacuna" Comirnaty sigue teniendo la EUA. No tiene la aprobación total y no está en el mercado.

Los miembros militares involucrados en demandas desafían el mandato militar de la "vacuna" antiCovid presentaron una demanda enmendada en busca de una nueva orden judicial después de que un juez rechazara la afirmación de que la "vacuna" antiCovid de Pfizer y la Comirnaty de BioNTech son intercambiables.

Entonces, ¿cómo sabemos que la "vacuna" Comirnaty no busca su completa autorización? Primero, ***la aprobación establece que tiene derecho a aceptar o rechazar el producto. Eso significa que califica para EUA. En segundo lugar, no está disponible en los Estados Unidos, ya que la "vacuna" Comirnaty no tiene protección de responsabilidad. En tercer lugar, si***

estuviera disponible, sería un tratamiento alternativo y todas las demás "vacunas" de EUA tendrían que salir del mercado.

En cuarto lugar, ***el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) de los CDC tendría que recomendarla para las edades de 16 a 18 y los CDC la habrían agregado al programa recomendado para niños. Así es como sabemos que no está completamente aprobada, ni tampoco disponible***.

Aquí está el sello de la "vacuna" Comirnaty. Dice que es una autorización de uso de emergencia. No dice que esté totalmente aprobada, porque no lo está. Pero la información de seguridad reconoce que causan miocarditis y pericarditis en algunas personas que han recibido la "vacuna", por lo general más en hombres menores de 40 años que en mujeres y hombres mayores.

Entonces, esto quiere decir que los hombres jóvenes sufren inflamación del corazón. Y lo que sabemos de todos los informes anecdóticos es que 300 atletas han muerto o se han derrumbado en el campo, y los niños en las escuelas han muerto de ataques cardíacos. Eso es lo que sucede aquí.

Y la razón por la que tienen que declarar esto es porque lo saben. Saben lo que sucede. Y ***la única forma en que pueden ser demandados es si saben que existe un problema con su "vacuna" y no lo declaran***. Entonces, lo declaran aquí, en un lenguaje muy suave, como si no fuera un gran problema, cuando en realidad si lo es. Mueren muchas personas jóvenes por las "vacunas" que tienen un 99.9973 % de posibilidades de recuperarse de la Covid.

El santo grial es recibir la "vacuna" en la lista recomendada por los CDC para niños, porque entonces obtiene protección total de responsabilidad de acuerdo con la Ley de 1986. Es por eso que van tras nuestros hijos cuando tienen una tasa de recuperación del 99.9973 %.

Cada intervención médica es una ecuación de riesgo-beneficio y no se calcula en absoluto para los niños. Nunca deberían recibir las "vacunas" antiCovid. Las "vacunas" no impiden la transmisión. No previenen los casos. No evitan la hospitalización ni la muerte.

Veamos que es lo que piensa la gente de la credibilidad de la FDA y los CDC en función de las acciones durante la pandemia; la mejor forma es analizando también lo que piensan los profesionales sanitarios:

La confianza en los ambas instituciones ha disminuido drásticamente durante la pandemia de Covid-19 entre los profesionales de la salud, según una encuesta de junio de WebMD / Medscape.

De las casi 2000 enfermeras estadounidenses encuestadas entre el 25 de mayo y el 3 de junio, el 77% dijo que su confianza en los CDC ha disminuido desde el inicio de la pandemia y el 51% dijo que su confianza en la FDA ha disminuido. De manera similar, de casi 450 médicos estadounidenses encuestados en el mismo

período de tiempo, el 77% dijo que su confianza en los CDC ha disminuido y el 48% dijo que su confianza en la FDA ha disminuido.

Además de la falta de confianza, muchos profesionales de la salud dijeron que no estaban de acuerdo con las acciones de los CDC y la FDA sobre Covid-19. Aproximadamente la mitad de los médicos y enfermeras dijeron que no estaban de acuerdo con la toma de decisiones de la FDA durante la pandemia, en comparación con el 36% de los lectores de WebMD. Casi el 60% de los médicos y el 65% de las enfermeras dijeron que no estaban de acuerdo con las pautas generales para la pandemia de los CDC, mientras que el 39% de los lectores de WebMD opinaban lo mismo.

Un artículo se titula "Cómo la falta de transparencia de la FDA socava la confianza pública". Un ex funcionario de la FDA dijo lo siguiente:

“Como estadounidenses, entendemos que se requiere un cierto nivel de secreto para aspectos particulares del gobierno federal, como el ejército, la seguridad nacional y áreas relacionadas. Sin embargo, este tipo de secreto no debe incluir decisiones de salud pública, decisiones de la FDA y otras ciencias de la salud. Desafortunadamente, nuestra FDA lo ve de manera diferente. Cualquiera que desee obtener documentos de la FDA debe pasar por una larga espera y rellenar innumerables solicitudes de FOIA para obtenerlos. Pero la mejor pregunta es: ¿Por qué la FDA no comparte de manera proactiva todo lo relacionado con la salud pública? Aún más problemático, cuando uno pasa por la FOIA, los registros de la FDA a menudo se redactan de manera absurda hasta el punto de la hilaridad. En la misma línea que su falta de transparencia documental”.

Una encuesta encontró que solo el 52% de los estadounidenses tiene mucha confianza en los CDC. Otras agencias de salud fueron incluso más bajas: solo el 37% de los estadounidenses dijeron que tenían mucha confianza en los Institutos Nacionales de Salud o la FDA. La encuesta encontró que la confianza no es solo un problema para las agencias federales de salud. Los departamentos de salud estatales tienen la confianza del 41% de los estadounidenses, y los departamentos de salud locales solo lo hicieron un poco mejor con un 44%.

En una encuesta realizada en julio del 21, se encontró que una fracción significativa de los estadounidenses ha perdido su confianza en los funcionarios de salud pública. La encuesta realizada a 1000 estadounidenses entre el 30 de junio y el 1 de julio de 2021 encontró que uno de cada tres encuestados dudaba que las “vacunas” para Covid-19 fueran tan seguras como las describe el gobierno. Cuando se les preguntó si pensaban que “los funcionarios de salud pública están mintiendo sobre la seguridad de las ‘vacunas’ Covid-19”, el 32% de los encuestados estuvo de acuerdo y el 20% no estaba muy seguro.

Entre los que no confían en el nivel de seguridad anunciado por las autoridades, el 21% eran personas “vacunadas” y la mitad no estaban “vacunadas”. Mientras tanto, los que pretendían seguir rechazando la “vacunación” constituían el 60%. Casi dos tercios de los encuestados (62%) confirmaron que estaban completamente “vacunados”, mientras que el 32% no habían recibido las dosis.

En otra encuesta también realizada en julio, se buscaron las opiniones sobre la FDA. Una encuesta de 252 especialistas en dermatología, gastroenterología, nefrología, neurología y reumatología reveló que la confianza en la FDA está disminuyendo rápidamente. Solo el 36% expresa un alto nivel de seguridad en la agencia, y casi la mitad informa que su confianza en la FDA se ha erosionado en el último año. El sentimiento es más negativo en lo que se refiere a ser imparcial / apolítico, la velocidad de las revisiones de la Solicitud de Nuevos Medicamentos (NDA) y la transparencia con la comunidad médica. La insatisfacción parece provenir de movimientos impredecibles e inesperados de la agencia, que difieren según la especialidad.

Lo que podemos sacar como conclusión de todas estas encuestas y del análisis de las decisiones tomadas desde el inicio de la pandemia, es que en el caso de los CDC y la FDA: “Cuando el río suena, es porque la cantidad de agua que lleva es masiva”. La credibilidad que tienen es nula y se la han ganado a pulso, siendo la guinda del pastel, la autorización o no autorización del suero experimental de Pfizer. Los datos de seguridad y eficacia, son desastrosos y aún así…Hay un dato que lo explica absolutamente todo; que **la campaña de vacunación masiva contra la gripe porcina pandémica de 1976 se canceló después de que murieran solo 53 personas**. ¿Por qué en este caso no sucede lo mismo con miles de muertos y millones de afectados por los eventos adversos que ocasionan las “vacunas” antiCovid, de los cuales, encima, más de la mitad son graves? Que cada uno saque sus propias conclusiones.

El senador Ron Johnson (R-Wis.), envió el jueves una carta a la Dra. Janet Woodruff, comisionada interina de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), exigiendo respuestas a cinco preguntas muy lógicas, relacionadas con la aprobación de la FDA de la “vacuna” Covid de Pfizer Comirnaty y que resumen perfectamente todas las inquietudes que podemos tener:

¿Por qué la FDA no otorgó la licencia completa para la “vacuna” Pfizer-BioNTech que está en uso y disponible en los Estados Unidos?

¿En qué se “diferencian legalmente” las “vacunas” Covid-19 de Comirnaty y Pfizer-BioNTech y cuáles son las “ciertas diferencias”?

No hay duda de que la acción de la FDA dará lugar a más mandatos de “vacunas” y una mayor presión sobre aquellos que actualmente eligen no “vacunarse”. Su carta a Pfizer sugiere que "no hay suficientes “vacunas” aprobadas disponibles para su distribución". ¿Existe suficiente suministro en los Estados Unidos de la “vacuna” Comirnaty para garantizar que quienes se vacunen según los mandatos reciban la versión aprobada por la FDA? ¿O es más probable (o seguro) que se “vacunen” con la “vacuna” administrada bajo la EUA reemitida?

Si hay un suministro insuficiente de “vacunas” comunitarias para quienes sucumben a la coerción de los mandatos, ¿no está la FDA respaldando de facto los mandatos de “vacunas” que utilizan “vacunas” EUA?

¿Se otorgarán las mismas protecciones legales a las personas que reciban cualquiera de las "vacunas" si resultan lesionadas por la "vacuna"? ¿Si no, porque no?

Si la "vacuna" de Pfizer-BioNTech está siendo tratada como una "vacuna" "totalmente autorizada", entonces ya no debería recibir las protecciones que ofrece la EUA. Hay una manera de que el pueblo estadounidense pueda averiguarlo con seguridad, que la gente empiece a demandar.

El Dr. Peter McCullough y otros importantes expertos médicos mencionaron la necesidad "urgente" del público de obtener información confidencial sobre la "vacuna" Covid de Pfizer.

Un grupo de médicos y científicos médicos altamente capacitados presentó una demanda contra la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para obtener los datos 'en los que la FDA confía para autorizar la vacuna Pfizer'.

En una demanda presentada el pasado 16 de septiembre en la Corte de los Estados Unidos del Distrito Norte de Texas, un grupo de médicos y científicos llamado Salud Pública y Profesionales Médicos para la Transparencia (PHMPT), demandó a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para obtener los datos y la información que se utilizan para justificar la aprobación de la "vacuna" experimental de Pfizer contra el Covid-19.

"La comunidad médica y científica y el público tienen un interés sustancial en revisar los datos y la información subyacentes a la aprobación de la vacuna Pfizer por parte de la FDA", se lee en la demanda.

"La revisión de esta información resolverá el debate público en curso sobre la idoneidad del proceso de revisión de la FDA", agrega la demanda. "La publicación de estos datos también debería confirmar la conclusión de la FDA de que la 'vacuna' Pfizer es segura y eficaz y, por lo tanto, aumenta la confianza en la 'vacuna' Pfizer".

Dado que la FDA es una agencia gubernamental, la demanda le recuerda al tribunal que el público tiene derecho a obtener y revisar todos los datos de la FDA según la Ley de Libertad de Información (FOIA).

El PHMPT, cuyas filas contienen más de dos docenas de profesionales estimados, entre ellos: el epidemiólogo de la Universidad de Yale, el Dr. Harvey Risch, el Director de Ética Médica de la Universidad de California, el Dr. Aaron Kheriaty, y el distinguido cardiólogo, el Dr. Peter McCullough, informó al tribunal que la FDA negó su 9ª Solicitud de libertad de información FOIA para que la información se "acelere" alegando que el grupo "no demostró una necesidad imperiosa que implique una amenaza inminente a la vida o la seguridad física de un individuo".

La demanda en sí dice que las "vacunas", que no terminan las pruebas clínicas hasta 2023, han sido "encomendadas a personas de todo el país por el gobierno federal, el gobierno local, empleadores públicos y privados,

universidades, escuelas y varias otras instituciones", por tanto, es de extrema urgencia que los datos se divulguen y difundan al público.

La FDA ha pedido a un juez federal que **haga esperar al público hasta el año 2076 para revelar todos los datos y la información en la que se basó para obtener la licencia de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer**. Eso no es un error tipográfico. Quiere 55 años para producir esta información al público.

La FDA prometió repetidamente " transparencia total " con respecto a las "vacunas" Covid-19, incluida la reafirmación del "compromiso de la FDA con la transparencia" al otorgar la licencia de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer.

Con esa promesa en mente, en agosto e inmediatamente después de la aprobación de la "vacuna", más de 30 académicos, profesores y científicos de las universidades más prestigiosas de este país solicitaron los datos e información presentados a la FDA por Pfizer para licenciar su "vacuna" Covid-19.

¿La respuesta de la FDA? No existía todavía en septiembre. Entonces, en ese mes, la firma del abogado Aaron Siri, presentó una demanda contra la FDA en nombre de este grupo para exigir esta información. Hasta ahora, casi tres meses después de obtener la licencia de la "vacuna" de Pfizer, la FDA aún no habia publicado una sola página.

La respuesta llegó y Siri, socio gerente de Siri & Glimstad, acaba de publicar su primer informe sobre la información que ha recibido de la FDA:

Los documentos revelan que en los primeros meses de este año ya se registraron 158 893 Eventos Adversos, incluidos 25 957 trastornos del sistema nervioso. La producción consistió en 91 páginas pdf, un archivo xpt y un archivo txt. Puede descargarlos aquí.

"Si bien los científicos deben analizarlo adecuadamente, permítanme compartir una observación. Uno de los documentos producidos es un análisis acumulativo de los informes de eventos adversos posteriores a la autorización de la "vacuna" recibidos hasta el 28 de febrero de 2021, que es apenas 2 meses y medio después de que la "vacuna" recibió la autorización de uso de emergencia (EUA). Este documento refleja los eventos adversos posteriores a la vacunación que han completado el "ciclo de flujo de trabajo" de Pfizer, tanto dentro como fuera de los EE. UU., Hasta el 28 de febrero de 2021.

Pfizer explica, en la página 6, que: "Debido a la gran cantidad de informes espontáneos de eventos adversos recibidos para el producto, Pfizer ha priorizado el procesamiento de casos graves ..." y que Pfizer "también ha tomado múltiples acciones para ayudar a aliviar el gran aumento de informes de eventos adversos", incluido" aumentar el número de colegas de procesamiento de casos e ingreso de datos "y" ha incorporado aproximadamente [ELIMINADO] empleados adicionales a tiempo completo (FTE)". ¿Por qué tuvo que contratar Pfizer para realizar un seguimiento de todos los eventos adversos que se informaron poco después del lanzamiento de su producto?

En cuanto al volumen de informes, en los dos meses y medio siguientes a EUA, Pfizer recibió un total de 42 086 informes que contenían 158 893 "eventos". La mayoría de estos informes procedían de los EE. UU. Y afectaban de manera desproporcionada a mujeres (29 914 frente a 9 182 proporcionados por hombres) y personas de entre 31 y 50 años (13 886 frente a 21 325 para todos los demás grupos de edad combinados, con otros 6876 cuyas edades se desconocían). Además, 25 957 de los eventos se clasificaron como "Trastornos del sistema nervioso".

Los documentos de la FDA además de mostrar, como ya he mencionado, más de 150 000 eventos adversos graves en los primeros 3 meses de la aprobación del pinchazo de Pfizer, también revelan que ya en febrero de 2021, la FDA ya había recibido la noticia de que 1223 personas habían muerto a causa de las inyecciones antiCovid de Pfizer. Y, sin embargo, la FDA decidió autorizar e impulsar dichas inyecciones al mundo como una "cura" para la enfermedad.

En uno de los documentos titulado: "Análisis acumulativo de informes de eventos adversos posteriores a la autorización de la vacuna recibidos hasta el 28 de febrero de 2021", hay un gráfico que desglosa los tipos de eventos adversos notificados y los clasifica como no graves o graves.

El informe indica que hay reacciones adversas confirmadas médicamente y reacciones adversas no confirmadas médicamente. Algunas de las reacciones adversas presentadas incluyen, parálisis facial también conocida como parálisis de Bell (pág. 19), aborto espontáneo (pág. 12), ataques cardíacos (pág. 16), miocarditis (pág. 20), convulsiones (pág. 21), hemorragia cerebral (pág. 24) y la lista continúa.

Conflicto de intereses

En septiembre de 2016 Bill & Melinda Gates Foundation donó a la multinacional farmacéutica Pfizer Inc un capital de 16 millones y medio de dólares para la investigación de una vacuna para proteger a los recién nacidos contra el estreptococo B. La vacuna aún no se ha desarrollado. Existe un documento muy importante de la Comisión Nacional del Mercado de Valores de los Estados Unidos de febrero de 2020 en el que la empresa BioNTech, que colabora con Pfizer en la fabricación de una de las "vacunas" contra el virus, presenta una oferta de venta de 6 000 000 de acciones en los Estados Unidos. De ese documento llaman la atención, en un primer vistazo, dos cosas muy importantes. La primera, las fechas en las que comenzaron sus acuerdos de colaboración con Pfizer y los objetivos, que no parecen demasiado casuales. En uno de los puntos del documento, en el punto 2 de la página 150, dice: "Hemos colaborado con terceros para explotar las propiedades inmunoterapéuticas de nuestra clase de medicamentos de ARNm para el tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas. Esperamos llevar nuestra vacuna contra la gripe a la clínica para fines de 2020 y nuestros primeros programas bajo nuestra colaboración con Penn en la clínica para la primera mitad de 2021". Y añaden "Vacuna contra la influenza: en agosto de 2018, firmamos una colaboración con Pfizer para desarrollar inmunoterapias basadas en ARNm para la prevención de la influenza".

Es conveniente observar, cuándo se firma el acuerdo con Pfizer, agosto de 2018, pero sobre todo observen las fechas en las que pretenden tener listo esos "medicamentos de ARNm": finales de 2020. Si se dan cuenta, la "vacuna" contra el coronavirus empezó a inoculares en todo el mundo en diciembre de 2020 y ya todo lo que llevamos de 2021. Demasiado casual esa "extraña" coincidencia de fechas. Pero si eso es llamativo, es más llamativo e importante, si cabe, las fechas en las que la Fundación Bill y Melinda Gates compraron 55 millones de dólares en acciones de esta compañía. Concretamente en agosto de 2019 y si se dan cuenta, las primeras noticias que empezamos a conocer sobre las infecciones del coronavirus en Wuhan son de diciembre de ese mismo año.

En 2019, Pfizer hizo un nombramiento muy conflictivo para su junta directiva, Scott Gottlieb, que acababa de dimitir como director de la FDA tres meses antes. Junto a Gottlieb en la Junta Directiva de Pfizer se encuentra la Dra. Susan Desmond-Hellmann, quien dirigió la Fundación Bill y Melinda Gates hasta 2020. La Fundación Gates posee acciones en Pfizer. La mayor parte de las acciones de Biontech, fueron adquiridas por la Bill & Melinda Gates Foundation el 30 de agosto de 2019 según consta en la documentación presentada por la compañía ante la Comisión de Valores de Estados Unidos (SEC). En la carta de acuerdo de la adquisición de las acciones de la compañía, curiosamente, se incluyó el siguiente párrafo:

Respuesta Pandémica:

En caso de pandemia, la Fundación Bill y Melinda Gates puede solicitar a la compañía que acepte trabajar en un contrato financiado vía subvención para dar respuesta a dicha pandemia pudiendo incluir el desarrollo de un medicamento, vacuna o diagnóstico.

Un detalle importante es que, "curiosamente", las 3 empresas de "vacunas" Covid-19 autorizadas por la FDA emplean a excomisionados de la FDA:

Scott Gottlieb, la personificación definitiva del mecanismo de la puerta giratoria, forma parte de la junta directiva de Pfizer. El invitado frecuente de la CNBC patrocinado por Pfizer también mantiene varios miles de acciones de Pfizer, y recibe una compensación anual de seis cifras. Gottlieb gana millones con sus nombramientos en el consejo de administración en continuo aumento para una plétora de compañías farmacéuticas y de atención médica.

También forma parte de las juntas directivas de Illumina y Tempus Labs, que venden kits de prueba Covid-19 autorizados por la FDA. Además, forma parte de la junta de Aetion, que se ha asociado con la FDA para investigar la política Covid-19.

Stephen Hahn, quien dirigió la FDA cuando autorizó las inyecciones de Covid de Moderna, recientemente asumió un puesto de nivel ejecutivo en Flagship Pioneering, la compañía que lanzó Moderna. Flagship posee 20 millones de acciones de Moderna, que al 16 de octubre de 2021, están valoradas en 6.5 mil

millones de dólares. Ellos ganaron 1.4 mil millones de dólares a través de la venta de Moderna de principios de este año.

Prácticamente no hay separación entre Flagship y Moderna. El CEO insignia Noubar Afeyan, quien cofundó Moderna y posee más de 2 millones de acciones de Moderna, es el actual presidente de Moderna. Además, el director ejecutivo de Moderna, Stéphane Bancel, figura como " socio especial " emblemático.

En septiembre, Hahn fue nombrado director médico de YourBio Health, una empresa que vende kits de prueba Covid-19, lanzada por Flagship.

Mark McClellan fue el comisionado de la FDA de 2002 a 2004 (y se desempeñó en otros puestos gubernamentales de alto rango). Ha mantenido un puesto en la junta directiva del gigante farmacéutico Johnson & Johnson desde 2013. McClellan posee miles de acciones de la compañía y recibe alrededor de 300 000$ al año.

Otra persona que vincula a Pfizer y Gates es la profesora Holly Janes, experta en bioestadística de la ciudad natal de Gates, Seattle, en el centro de investigación del cáncer Fred Huff. Janes también es miembro del Comité de Vacunas de la FDA hasta 2023. En particular, co-diseñó los controvertidos ensayos para las “vacunas” de ARNm de Pfizer y Moderna para el NIAID de Fauci en su centro de Seattle, que también está financiado por la Fundación Gates.

Janes es profesora en el Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson, División de Vacunas y Enfermedades Infecciosas, conocido como Fred Hutch. Anteriormente, recibió dinero para investigación de la Fundación Gates por un período de seis años cuando trabajó para la Fundación Gates de 2006 a 2012 para desarrollar "apoyo estadístico y de diseño de estudios para ensayos de rendimiento de vacunas preclínicas". La profesora Janes también ayudó a desarrollar el programa que rastrea los datos de las vacunas en la Universidad John Hopkins.

La persona que dirige la FDA como "Directora interina" es Janet Woodcock. Ha estado en la FDA desde 1986, casi tanto tiempo como Fauci en el NIAID. Woodcock fue la elección de Biden para encabezar la FDA, pero con una oposición masiva de 28 grupos, incluidos fiscales generales estatales y grupos de ciudadanos; obligó a nombrarla "actuando", lo que no necesita el escrutinio del Congreso.

Woodcock fue directamente responsable de la aprobación por parte de la FDA de opioides mortales a pesar de las objeciones de sus propios científicos y otros asesores. Hace dos décadas, como jefe de la unidad responsable de la FDA, Woodcock jugó un papel decisivo en la aprobación de un poderoso opioide, Zohydro, a pesar de que el propio comité asesor científico de la FDA votó 11-2 para mantener el medicamento fuera del mercado porque no era seguro. Drugs.com en línea escribe: “La hidrocodona (Zohydro) puede ralentizar o detener su respiración. Nunca use Zohydro ER en cantidades mayores o por más tiempo de lo recetado. Tráguela entera para evitar la exposición a una dosis

potencialmente mortal. La hidrocodona puede crear hábito, incluso en dosis regulares". Woodcock luego aprobó la venta de una pastilla narcótica de alta concentración, OxyContin, como "más segura y más eficaz que otros analgésicos" basándose en las afirmaciones falsas del fabricante ahora en bancarrota, Purdue Pharma. Desde entonces, unos 500 000 estadounidenses han muerto como resultado de la adicción a los opioides.

Actualmente el mayor donante y benefactor de la OMS es la Fundación Bill & Bellinda Gates con una aportación anual de 250 millones de euros. El siguiente mayor donante es GAVI (Global Alliance Vaccine Inmunization), agencia encargada de distribuir las vacunas anuales por todos los países del mundo, con una aportación de 316 de millones de dólares anuales. GAVI, a su vez, también recibe su financiación de la fundación de Bill Gates (Bill Gates es el principal benefactor de GAVI) y de compañías farmacéuticas. Las farmacéuticas que más contribuyen a financiar la OMS son GlaxoSmithKline, Novartis, Sanofi Pasteur y Merck con un total de 90 millones de dólares durante el 2020. Tras una apariencia neutral y científica, este conglomerado de intereses y negocios parece más orientado a servir intereses comerciales que a ofrecer un desinteresado y filántrópico servicio de salud pública.

Según el Profesor Peronne, un médico francés de mucho prestigio y que trabajó con la OMS hasta el 2009: "La OMS pertenece a la fundación Bill y Melinda Gates. De hecho, cuando la OMS no recibe los fondos de los Estados, las nóminas llevan el nombre de la Fundación Gates" (Programa en Sud Radio, junto con André Bercoff, 16 de junio del 2020).

"El 90% del Programa de Medicamentos ahora está financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates, están dando el dinero solo para los asuntos que le interesa a Bill Gates, de tal manera, que el programa solo se centra en los proyectos para los que tiene dinero, el resto se queda sobre el papel. Por ejemplo, ya no se trabaja nada sobre el programa de uso racional de los medicamentos".

Por otro lado, las relaciones del magnate con la dictadura comunista de china son excelentes. En septiembre de 2015, Bill Gates a través de TerraPower firmó un acuerdo con la Corporación Nacional Nuclear de China de propiedad estatal para construir un reactor nuclear de última generación en Xiapu, provincia de Fujian, China. Desde hace tiempo la relación de Bill Gates con China es cuando menos sospechosa.

La directora de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) trabajó para la industria farmacéutica y el 91% del presupuesto de su agencia proviene de esta industria. El pasado 25 de marzo, Gerald Hauser, diputado del Partido de la Libertad de Austria (FPO), reveló en una intervención parlamentaria los vínculos de la directora ejecutiva de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), Emer Cooke, con la industria farmacéutica, de la que "ha sido lobista durante ocho años" desde diversos puestos. Además, según la documentación presentada por Hauser en su intervención, el 91% del presupuesto de la EMA proviene de la misma industria farmacéutica, la cual depende de la agencia para que sus medicamentos sean aprobados. Si miramos el currículo de la señora Emer Cooke,

vemos que desde 1985 trabaja para la industria farmacéutica en distintos puestos. Interesa saber que desde 1991 hasta 1998 fue presidente de la EFPIA que es la organización lobby de las empresas farmacéuticas más grandes de Europa, es decir, sus jefes eran Pfizer, Moderna, Astrazeneca, Novartis, Johnson & Johnson, y ahora, curiosamente, es responsable de la autorización, control y efectividad de "vacunas".

El caso de Federico Martinón, coordinador del centro de la OMS en seguridad vacunal y jefe de pediatría del Hospital Universitario de Santiago de Compostela, ha vuelto a poner en evidencia las promiscuas relaciones entre las farmacéuticas y las autoridades sanitarias. Martinón es pediatra, partidario de la "vacunación" obligatoria y es un intenso promotor a través de su cuenta de Twitter de la inoculación de las "vacunas" Covid en menores, destacando la fiabilidad de la vacuna de Janssen en la red social. No es casualidad. El pasado mes de junio, la farmacéutica Janssen le hizo entrega de sus premios "Afectivo Efectivo" por "su entrega personal, su enorme empatía con los más pequeños y su exitosa trayectoria profesional internacional". En la web de este premio no se cuantifica las cantidades que suponen la entrega de este premio, ya sea en dinero o en especie, pero esta circunstancia le ha valido a Martinon para ser la persona de referencia de varias televisiones. Su presencia como miembro del Comité Asesor de Vacunas de la OMS es sin duda llamativa. Una publicación de Eldiario.es del año 2019 reveló que Martinón, junto a su compañera María Garcés, cobraron individualmente casi 100 000 y 36 000 euros cada uno de las compañías Pfizer y GlaxoSmithKline (GSK), entre los años 2017 y 2018.

El Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados de la FDA llevó a cabo una reunión virtual el martes 26 de octubre para discutir la autorización de una "vacuna" contra el coronavirus de Pfizer-BioNTech para niños entre las edades de 5 a 11 años.

Este comité tiene mucha influencia con la FDA y sus hallazgos serán relevantes, considerando que la administración de Biden se está preparando para enviar vacunas a las escuelas primarias y California ya ha ordenado la "vacuna" para los escolares en espera de la autorización federal.

Pero la lista de reuniones muestra que numerosos miembros del comité y miembros temporales con derecho a voto han trabajado para Pfizer o tienen conexiones importantes con Pfizer.

Los miembros incluyen un exvicepresidente de Pfizer Vaccines, un consultor reciente de Pfizer, un beneficiario reciente de una subvención de investigación de Pfizer, un hombre que fue mentor de un ejecutivo de "vacunas" de Pfizer actual, un hombre que dirige un centro que distribuye "vacunas" de Pfizer, el presidente de un grupo de datos Pfizer, un tipo que fue fotografiado con orgullo tomando una "vacuna" Pfizer, y numerosas personas que ya están oficialmente apoyando las "vacunas" contra el coronavirus para niños. Mientras tanto, el reciente comisionado de la FDA, Scott Gottlieb, forma parte de la junta directiva de Pfizer.

Aquí está la lista de la reunión del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados del 26 de octubre de 2021.

El presidente interino Arnold S. Monto era consultor remunerado de Pfizer en 2018.

Steven Pergam recibió la "vacuna" Pfizer: generando confianza en "vacunas" Covid-19 seguras y efectivas (fredhutch.org).

Archana Chatterjee, trabajó en un proyecto de investigación relacionado con las vacunas para bebés entre 2018 y 2020, y el proyecto de investigación fue patrocinado por Pfizer.

Myron Levine ha sido mentor de algunos becarios postdoctorales estadounidenses, y uno de sus protegidos resulta ser Raphael Simon, director senior de investigación y desarrollo de "vacunas" en Pfizer.

James Hildreth, miembro temporal con derecho a voto, hizo una divulgación de interés financiero para esta reunión en la que reveló más de $ 1.5 millones en intereses financieros relevantes, incluido su trabajo como presidente de Meharry Medical College, que administra las "vacunas" Pfizer.

Geeta K. Swamy figura como presidenta del "Comité Independiente de Monitoreo de Datos para el Programa de Vacunas contra el Estreptococo del Grupo B de Pfizer", un comité patrocinado por Pfizer. La Universidad de Duke afirma que "Dr. Swamy se desempeña como coinvestigador del ensayo de la 'vacuna' Pfizer Covid-19".

Gregg Sylvester se desempeñó anteriormente como vicepresidente de Pfizer Vaccines, donde lanzó las "vacunas" Pfizer, incluida una para niños.

Entre los "miembros temporales con derecho a voto" de la reunión, Ofer Levy, del Boston Children's Hospital, está a favor de la "vacuna" Pfizer para niños, Eric Rubin está a favor de la "vacuna" para niños, Jay Portnoy apoya la autorización de "vacunas" contra el coronavirus para niños y Melinda Wharton se quejó durante el verano de cómo cayeron los pedidos del programa "Vacunas para niños" de los CDC.

FDANews declaró en diciembre pasado: "En el pasado, los miembros del comité asesor de la FDA han sido frecuentemente blanco de fuertes politiqueos por parte de representantes de la industria de cualquier medicamento que estuvieran considerando para una recomendación en reuniones en persona. Ese proceso se ha visto algo alterado por el hecho de que durante el Covid-19, las reuniones se están realizando de forma virtual. Pero es probable que la presión entre bastidores aún continúe. La industria defiende los intentos de influir en los miembros del comité como simples esfuerzos para presentar su caso de la mejor manera".

El examen de más de 30 000 subvenciones en la base de datos de la compañía, MintPress, revela que la Fundación Gates ha financiado cientos de medios y empresas, por una suma de al menos $ 319 millones:

Los destinatarios de este dinero incluyen muchos de los medios de comunicación más importantes de Estados Unidos, incluidos CNN, NBC, NPR, PBS y The Atlantic . Gates también patrocina una gran cantidad de organizaciones extranjeras influyentes, incluidas la BBC, The Guardian, The Financial Times y The Daily Telegraph en el Reino Unido; destacados periódicos europeos como Le Monde (Francia), Der Spiegel (Alemania) y El País (España); así como grandes emisoras globales como Al-Jazeera.

El dinero de la Fundación Gates, un total de $ 166 216 526, que se destinan a programas de medios se ha dividido en varias secciones, presentadas en orden numérico descendente, e incluye un enlace a la subvención correspondiente en el sitio web de la organización:

- NPR - $ 24 663 066
- The Guardian (incluido TheGuardian.org) - $ 12 951 391
- Cascade Public Media - $ 10 895 016
- Public Radio International (PRI.org/TheWorld.org) - $ 7 719 113
- The Conversation - $ 6 664 271
- Univision - $ 5 924 043
- Der Spiegel (Alemania): 5 437 294 dólares
- Proyecto Syndicate - $ 5 280 186
- Semana de la Educación - $ 4 898 240
- WETA - $ 4 529 400
- NBCUniversal Media - $ 4 373 500
- Nation Media Group (Kenia): 4 073 194 dólares
- Le Monde (Francia): 4 014 512 dólares
- Bhekisisa (Sudáfrica) - $ 3 990 182
- **El País - $ 3 968 184**
- BBC - $ 3 668 657
- CNN - $ 3 600 000
- KCET - $ 3 520 703
- Population Communications International (Population.org) - $ 3 500 000
- The Daily Telegraph - $ 3 446 801
- Chalkbeat - $ 2 672 491
- The Education Post - $ 2 639 193
- Rockhopper Productions (Reino Unido) - $ 2 480 392
- Corporación de Radiodifusión Pública - $ 2 430 949
- UpWorthy - $ 2 339 023
- Financial Times - $ 2 309 845
- The 74 Media - $ 2 275 344
- Texas Tribune - $ 2 317 163
- Ponche (Nigeria) - $ 2 175 675
- News Deeply - $ 1 612 122
- The Atlantic - $ 1 403 453
- Radio pública de Minnesota - $ 1 290 898

- YR Media - $ 1 125 000
- The New Humanitarian - $ 1 046 457
- Sheger FM (Etiopía) - $ 1 004 600
- Al-Jazeera - $ 1 000 000
- ProPublica - $ 1 000 000
- Crosscut Public Media - $ 810 000
- Revista Grist - $ 750 000
- Kurzgesagt - $ 570,000
- Corporación de Radiodifusión Educativa - $ 506 504
- Clásica 98.1 - $ 500 000
- PBS - $ 499 997
- Gannett - $ 499 651
- Mail and Guardian (Sudáfrica): $ 492 974
- Inside Higher Ed. - $ 439 910
- BusinessDay (Nigeria) - $ 416 900
- Medium.com - $ 412 000
- Nutopía - $ 350 000
- Independent Television Broadcasting Inc. - $ 300 000
- Servicio de Televisión Independiente, Inc. - $ 300 000
- Caixin Media (China) - $ 250 000
- Servicio de noticias del Pacífico - $ 225 000
- Revista Nacional - $ 220 638
- Crónica de la educación superior - $ 149 994
- Belle y Wissell, Co. - $ 100 000
- Fideicomiso de los medios - $ 100 000
- Radio pública de Nueva York - $ 77 290
- KUOW - Radio pública de Puget Sound - $ 5310

La Fundación Gates también ha donado casi $ 63 millones a organizaciones benéficas estrechamente alineadas con los grandes medios de comunicación, incluidos casi $ 53 millones para BBC Media Action, más de $ 9 millones para la Fundación Staying Alive de *MTV* y $ 1 millón para The New York Times Neediest Causes Fund. Si bien no financia específicamente el periodismo, aún deben tenerse en cuenta las donaciones al brazo filantrópico de un reproductor de medios.

Gates también continúa financiando una amplia red de centros de periodismo de investigación, por un total de poco más de $ 38 millones, más de la mitad de los cuales se han destinado al Centro Internacional de Periodistas con sede en DC para expandir y desarrollar los medios africanos.

Además de esto, la Fundación Gates también provee a las asociaciones de prensa y periodismo con dinero en efectivo, por una suma de al menos $ 12 millones. Por ejemplo, la Asociación Nacional de Editores de Periódicos, un grupo que representa a más de 200 medios, ha recibido 3.2 millones de dólares.

Esto eleva nuestro total acumulado a $ 216.4 millones.

La fundación también aporta el dinero para capacitar directamente a periodistas en todo el mundo, en forma de becas, cursos y talleres. Hoy en día, una persona puede formarse como reportero gracias a una subvención de la Fundación Gates, encontrar trabajo en un medio financiado por Gates y pertenecer a una asociación de prensa financiada por Gates. Esto es especialmente cierto para los periodistas que trabajan en los campos de la salud, la educación y el desarrollo global, en los que el propio Gates es más activo y donde el escrutinio de las acciones y motivos del multimillonario es más necesario.

La BMGF también paga por una amplia gama de campañas de medios específicas en todo el mundo. Por ejemplo, desde 2014 ha donado $ 5.7 millones a la Population Foundation of India para crear dramas que promuevan la salud sexual y reproductiva, con la intención de aumentar los métodos de planificación familiar en el sur de Asia. Mientras tanto, asignó más de $ 3.5 millones a una organización senegalesa para desarrollar programas de radio y contenido en línea que incluyera información sobre salud. Los partidarios consideran que esto está ayudando a los medios de comunicación críticamente subfinanciados, mientras que los oponentes podrían considerar que un multimillonario usa su dinero para plantar sus ideas y opiniones en la prensa. Total: $ 97 315 408.

Sumados, estos proyectos de medios patrocinados por Gates suman un total de $ 319.4 millones. Sin embargo, hay claras deficiencias con esta lista no exhaustiva, lo que significa que la cifra real es indudablemente mucho más alta. En primer lugar, no cuenta las subvenciones, es decir, el dinero que los destinatarios dan a los medios de comunicación de todo el mundo. Y aunque la Fundación Gates fomenta un aire de franqueza sobre sí misma, en realidad hay poca información pública valiosa sobre lo que sucede con el dinero de cada subvención, salvo una breve descripción de una o dos frases escrita por la propia fundación en su sitio web. Solo se contabilizaron las donaciones a las propias organizaciones de prensa o proyectos que pudieran identificarse a partir de la información del sitio web de la Fundación Gates como campañas de medios, lo que significa que miles de subvenciones que tienen algún elemento mediático no aparecen en esta lista.

Tampoco se incluyen las ayudas destinadas a la producción de artículos para revistas académicas. Si bien estos artículos no están destinados al consumo masivo, regularmente forman la base de las historias en la prensa convencional y ayudan a dar forma a las narrativas en torno a temas clave. La Fundación Gates ha contribuido ampliamente a fuentes académicas, con al menos $ 13.6 millones destinados a la creación de contenido para la prestigiosa revista médica *The Lancet*.

Y, por supuesto, incluso el dinero otorgado a las universidades para proyectos puramente de investigación eventualmente termina en revistas académicas y, en última instancia, en los medios de comunicación. Los académicos están sometidos a una gran presión para publicar sus resultados en revistas de prestigio; "Publicar o perecer" es el mantra en los departamentos universitarios. Por lo tanto, incluso este tipo de subvenciones tienen un efecto en nuestros medios. Ni estas ni las subvenciones que financian la impresión de libros o el establecimiento de sitios web cuentan en el total, aunque también son formas de medios.

El presidente y antiguo director general de la agencia de noticias Reuters, James C. Smith, es un importante inversor y miembro del consejo de administración del monopolio farmacéutico Pfizer. Fue elegido miembro del consejo de administración en 2014, y se ha incorporado a los comités de dirección y de ciencia y tecnología de Pfizer. Esto plantea graves problemas de conflicto de intereses, ya que las grandes cadenas de comunicación, como Reuters, siguen promocionando los productos de Pfizer, defendiendo a las empresas farmacéuticas contra las críticas y silenciando a los críticos.

Smith es actualmente el presidente de la Fundación Thomson Reuters, una organización benéfica con sede en Londres conocida por proporcionar noticias e información a miles de millones de lectores. También fue presidente, consejero delegado y miembro del consejo de administración de Reuters desde 2012 hasta su jubilación en 2020. Sólo el año pasado, Reuters publicó más de 22 000 artículos que mencionaban a Pfizer. La agencia sólo publicó 8191 artículos relacionados con Moderna y 18 000 con Johnson & Johnson. Muchos de los artículos sobre Johnson & Johnson eran negativos, a diferencia de la cobertura de Pfizer. Smith también está vinculado al Foro de Davos, donde forma parte de la junta de la Iniciativa de Asociación contra la Corrupción. También es miembro de los Consejos Asesores de Negocios Internacionales de dicho Foro, del British American Business y del Atlantic Council.

Veamos otro caso muy esclarecedor, en este caso, en el Reino Unido:

JCVI, después de recibir las presiones correspondientes, le dice al Gobierno que ofrezca la "vacuna" a niños de 5 a 11 años, pero no nos informa sobre sus vínculos con Pfizer y la Fundación Gates.

El 16 de febrero de 2020, recomendaron una oferta no urgente para todos los niños de 5 a 11 años de 2 dosis (10 mcg) de la "vacuna" pediátrica Pfizer-BioNTech.

¿Están en condiciones de recomendar las "vacunas" contra la Covid a nuestros hijos cuando no han declarado sus conflictos de interés y han recibido grandes cantidades de dinero en su lugar de trabajo de la Fundación Bill y Melinda Gates?

La JCVI emitió un comunicado el 16 de febrero:

"El Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) ha actualizado sus recomendaciones de "vacunación" para niños de 5 a 11 años, con miras a aumentar la protección frente a posibles futuras oleadas de coronavirus (Covid-19).

"Aunque este grupo de edad generalmente tiene un riesgo muy bajo de enfermarse gravemente por el virus, una cantidad muy pequeña de niños que se infectan desarrollan una enfermedad grave.

"La evidencia más reciente sugiere que ofrecer la vacuna antes de otra ola potencial protegerá a este número muy pequeño de niños de enfermedades

graves y hospitalización, y también brindará cierta protección a corto plazo contra infecciones leves en todo el grupo de edad.

Por lo tanto, el comité ha recomendado una oferta no urgente para todos los niños de 5 a 11 años de 2 dosis (10 mcg) de la "vacuna" pediátrica Pfizer-BioNTech. Las 2 dosis deben administrarse con un intervalo de al menos 12 semanas entre dosis.

"La recomendación no debe desplazar la entrega de otras vacunas infantiles que no sean Covid-19 o cualquier otra parte del programa de 'vacunación' Covid-19".

Ninguno de los miembros del subcomité JCVI Covid-19 que fue responsable de esa declaración declaró conflictos de interés. Sin embargo, la mayoría de ellos tienen vínculos con las compañías farmacéuticas y/o la Fundación Gates a través del dinero para su investigación o sus instituciones reciben grandes cantidades de dinero de ellos.

El Código de Práctica establece que: "El Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) es un Comité Departamental de Expertos independiente y un órgano estatutario". Sin embargo, los miembros del subcomité Covid-19 JCVI trabajan para organizaciones que reciben aproximadamente mil millones de dólares de la Fundación Gates. ¿Realmente este comité ha sido capaz de proporcionar una evaluación independiente del riesgo y la recompensa de los principales productos de interés de la Fundación Gates?

"Sorprendentemente", los profesores y médicos de JCVI no parecen saber qué es un "conflicto de intereses" tan claramente, "si la organización para la que trabaja recibe dinero directa o indirectamente de una organización interesada en "vacunas" (por ejemplo, Pfizer o The Bill & Melinda Gates Foundation), existe al menos un potencial conflicto de intereses".

PROTEÍNA SPIKE

Habría que empezar por decir que la famosa proteína Spike (espiga o de pico), es la que empieza a generar el cuerpo del inoculado tras las inoculación, "curiosamente", es esta misma proteína la que genera el mal y no el supuesto virus al completo; por tanto, se está obligando al cuerpo del "vacunado" a generar justo aquello que le va a causar el daño.

Una vez dicho esto, es importante señalar que la espiga codificada por las "vacunas" Covid está ligeramente modificada con respecto de la espiga del supuesto virus (tipo salvaje). Específicamente, se introdujeron dos mutaciones de prolina para bloquear o estabilizar la proteína espiga en su conformación de prefusión y hacerla más inmunogénica, es decir, hacer que provoque más una respuesta inmune o producir más anticuerpos neutralizantes, en comparación con la espiga de tipo salvaje. Hay una sección del artículo de Nature sobre el diseño de la "vacuna" Moderna (mRNA-1273), donde los autores mencionan los cambios realizados en la espiga; no se menciona si los cambios en la proteína de pico conducirán a que sea más segura. Esto se debe a que los peligros de la proteína

de pico no se conocían en el momento del diseño de la "vacuna". Los estudios sobre la toxicidad de las espigas no comenzaron a publicarse hasta fines de 2020. Moderna ya había comenzado su prueba de fase 1 en marzo de 2020, Pfizer había comenzado su prueba a principios de mayo de 2020 y la prueba de J&J había comenzado en julio de 2020. Mientras tanto, la idea de usar proteínas estabilizadas por prefusión en coronavirus se remonta a 2018. Esto significa que incluso si los cambios realizados en la espiga de la "vacuna" codificada fueran seguros, habría sido por accidente.

El Dr. Thomas Levy escribe sobre la toxicidad de la proteína de pico en Orthomolecular.org:

Se ha expresado preocupación con respecto a la diseminación de la proteína de pico por todo el cuerpo después de la "vacunación". **En lugar de permanecer localizado en el lugar de la inyección para provocar la respuesta inmune y nada más, se ha detectado la presencia de proteína de pico en todo el cuerpo de algunas personas "vacunadas"**. **Además, parece que algunas de las proteínas de pico circulantes simplemente se unen a los receptores ACE2 sin entrar en la célula, induciendo una respuesta autoinmune a toda la entidad de proteína de pico celular. Dependiendo del tipo de célula que se une a la proteína de pico, puede producirse cualquiera de una serie de afecciones médicas autoinmunes**.

Lo que es más alarmante, el Dr. Levy explica que **la evidencia actual muestra que la proteína de pico continúa produciéndose en el cuerpo, luego de la inyección inicial de ARNm**. Él explica:

Si bien la patología subyacente aún no se ha definido por completo, una explicación de los problemas con las tendencias trombóticas y otra sintomatología observada en los pacientes con Covid crónico y posvacunación **se relaciona directamente con la presencia persistente de la parte proteica del pico del coronavirus**. **Algunos informes afirman que la proteína de pico se puede seguir produciendo después de la unión inicial a los receptores ACE2 y la entrada en algunas de las células a las que se dirige inicialmente**. **Los cuadros clínicos del Covid crónico y la toxicidad posterior a la "vacuna" parecen muy similares, y es probable que ambos se deban a esta presencia continua y diseminación por todo el cuerpo de la proteína de pico**.

El mejor resumen que se puede dar desde el punto de vista científico, es que **es peligrosa**, lo cual, ha sido dicho entre otros (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17), por el Dr. Robert Malone, inventor de las vacunas con soporte de ARNm. Veamos las cosas que sabemos de la proteína en cuestión y que me llevan a hacer tal afirmación:

- El virus SARS-CoV-2 (y otros integrantes de la familia de los coronavirus) tienen en su membrana a la proteína Spike. Varios de los coronavirus utilizan esta proteína para poder tener acceso a las células que van a infectar.

- No es necesario haber aislado y purificado correctamente el virus SARS-CoV-2 para producir secuencias de ADN o ARNm de la proteína espiga, ya que la información de su secuencia genómica (que consta de unos 3000 nucleótidos y es un trímero formado por tres péptidos, cada uno con dos subunidades S1 y S2); está, supuestamente, publicada en las bases de datos y bibliotecas genómicas existentes, además, la tecnología capaz de sintetizar ARNm ya existe y diversos investigadores independientes lo han realizado y comprobado.

- Una nueva investigación publicada en Virus, que forma parte de la edición de las interacciones de la célula huésped SARS-CoV-2 de MDPI (Open Access Journals), revela que **las proteínas de la "vacuna" penetran en los núcleos de las células y causan estragos en el mecanismo de reparación del ADN de las células, suprimiendo la reparación del ADN en un 90%**.

  En la conclusión del artículo, los autores escriben: "Encontramos que la proteína de pico inhibió marcadamente la formación de focos BRCA1 y 53BP1. Juntos, estos datos muestran que **la proteína espiga completa del SARS-CoV-2 inhibe la reparación del daño del ADN al obstaculizar el reclutamiento de la proteína de reparación del ADN**".

  El mecanismo de reparación del ADN, conocido como NHEJ (unión de extremos no homólogos) es una especie de sistema de "respuesta de emergencia" intracelular que repara las roturas del ADN. Sin el mecanismo NHEJ, toda la vida multicelular avanzada dejaría de existir. Ningún ser humano, animal o planta puede sobrevivir si la integridad de su código genético está protegida y constantemente reparada a través de múltiples mecanismos.

  El daño al ADN puede ser causado por la exposición a la radiación, a los productos químicos que se encuentran en los alimentos y productos de cuidado personal, o incluso a la exposición al equipo de mamografía. La exposición excesiva a la luz solar también puede causar roturas del ADN, y las mutaciones menores del ADN ocurren espontáneamente en todos los organismos vivos. Los pilotos de líneas aéreas, por ejemplo, se exponen habitualmente a la radiación ionizante debido a volar en altitud.

  En una persona normal y sana, el mecanismo NHEJ repara el ADN y evita que se produzca una mutación patógena. Pero **en presencia de la proteína de pico de la "vacuna", la efectividad del NHEJ se suprime hasta en un 90%, lo que significa que no puede hacer su trabajo debido a la capacidad suprimida de reclutar proteínas para su reparación**.

Como resultado, se introducen los siguientes "errores" en los cromosomas dentro de los núcleos de las células humanas, todo debido a la presencia de la proteína de pico de las "vacunas" de ARNm:

- **Mutaciones o "errores" en la secuencia genética.**
- **Supresiones de segmentos enteros de código genético.**
- **Inserciones de segmentos incorrectos.**
- **Mezcla y emparejamiento / permutaciones de código genético.**

Estos errores, cuando se expresan a través de la división y replicación celular, dan como resultado:

- **Una explosión de cáncer y tumores cancerosos en todo el cuerpo.**
- **Pérdida de producción de células T y B del sistema inmunológico (es decir, inmunodeficiencia inducida).**
- **Trastornos autoinmunes.**
- **Envejecimiento acelerado y reducción de la longitud de los telómeros.**
- **Pérdida de funcionamiento de sistemas de órganos complejos como circulatorio, neurológico, endocrino, musculoesquelético, etc.**
- **Daño celular que se asemeja al envenenamiento por radiación cuando las células se destruyen a sí mismas desde adentro.**

"Mecánicamente, encontramos que la proteína de pico se localiza en el núcleo e inhibe la reparación del daño del ADN al impedir el reclutamiento de las proteínas BRCA1 y 53BP1 de reparación del ADN clave en el sitio del daño".

Esto significa que la proteína de pico, que se genera en los ribosomas celulares después de que las células han sido secuestradas por las "vacunas" de ARNm, no siempre sale de la célula y entra en el torrente sanguíneo, como nos dicen los defensores de la "vacuna" de ARNm. En algunos casos, la proteína espiga ingresa al núcleo celular. Allí, interfiere con el mecanismo de reparación del ADN como se describe a lo largo de este artículo.

Esto significa, sin lugar a dudas, que las "vacunas" de ARNm provocan alteraciones cromosómicas **en las células del cuerpo**. **Es una confirmación de que, de hecho, tales "vacunas" están causando estragos en la integridad genética y exhibiendo efectos secundarios que no han sido previstos o descritos por los proponentes de la "vacuna" de ARNm**.

El resultado espantoso de este hallazgo es que las personas que han recibido "vacunas" de ARNm experimentarán una reparación del ADN suprimida, lo que aumentará las exposiciones que alguna vez se pensó que eran problemas menores a amenazas importantes para su salud.

En otras palabras, las personas expuestas **a la radiación 5G, los exámenes de mamografía, los plastificantes químicos en los productos alimenticios y los carcinógenos en los productos de cuidado personal (detergentes para ropa, perfumes, champús, lociones para la piel, etc.) no podrán reparar el daño del ADN causado por esas exposiciones. Después de exposiciones relativamente pequeñas, comenzarán a mutar y desarrollar cánceres en todo el cuerpo**.

No olvidemos que la exposición a 5G da como resultado la producción de peroxinitrito en la sangre, un radical libre extremadamente peligroso que daña el ADN en las células del cerebro y en las células de los tejidos de todo el cuerpo.

Esto incluso podría describirse como una especie de sistema de "herramientas" binarias en el que las "vacunas" de ARNm debilitan la reparación del ADN, y la exposición a 5G (o exposición química en el suministro de alimentos) proporciona la "herramienta" que rompe las cadenas de ADN y hace que el cuerpo no pueda mantener la integridad genética durante replicación celular. Esto no tarda mucho en expresarse de formas físicas horribles, como el intento de crecimiento de tejidos de órganos internos en la superficie de la piel o la cara.

- Nuevas pruebas demuestran que **las "vacunas" de ARNm pueden reprogramar el sistema inmunitario de forma que sea permisiva para el crecimiento del cáncer**. Y lo que es aún más preocupante, un estudio reciente de modelización desarrollado por científicos de la Universidad de Pittsburgh muestra que **la proteína spike (espiga) tiene una gran afinidad por las proteínas anticancerígenas, p53 y BRCA 1/2**.

  Estos datos muestran que es probable que la proteína Spike (producida por las "vacunas") pueda estar uniéndose a estos genes supresores de tumores en el cuerpo e inactivándolos.

  El gen p53 es quizás el gen cuya actividad es la más importante en el cuerpo para prevenir el cáncer. Su función es asegurarse de que todos los

daños en el ADN han sido reparados adecuadamente antes de la división celular. Si el daño es demasiado extenso para ser reparado, indica a la célula que se suicide.

Los BRCA 1/2 desempeñan un papel similar en el tejido mamario. Está claro que la inactivación de estos genes hará que las células con mutaciones en el ADN sigan dividiéndose y prosperando, uno de los pasos más importantes en el desarrollo del cáncer.

- **La proteína espiga del SARS-CoV-2 induce senescencia paracrina y adhesión de leucocitos en células endoteliales, podría destruir la inmunidad natural**. La insuficiencia inmunológica puede deberse a una acumulación de proteínas de pico inducidas por la vacuna dentro del cuerpo. **La teórica respuesta inmune" desencadenada por los pinchazos puede tener un coste letal, incluso en una etapa posterior**. Los telómeros (es el final de un cromosoma) del receptor de la vacuna se inactivan. Desactiva la transcripción de AUF1 y WRN eliminando los telómeros. La telomerasa es una enzima del ADN humano que regula el envejecimiento. Los telómeros que encapsulan el ADN se acortan con el tiempo a medida que los humanos envejecen.

  Las proteínas de la "vacuna" tienen "efectos nocivos sobre la telomerasa, lo que perjudica su síntesis". Con esta actividad inhibida, es inevitable que aparezca el agotamiento de las células inmunes. Este puede ser el "regalo" de la Spike. Las proteínas de pico "pueden estar crónicamente presentes" y de forma continua suprimir la telomerasa.

  La destrucción de los telómeros inducida por la "vacuna", que se asocia con la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, ferroptosis, hipotálamo y autofagia, está sucediendo. Es posible eliminar los telómeros con "células que carecen de WRN". Es una forma de muerte celular: letalidad sintética. **Sin la telomerasa, las células clave del cuerpo no pueden reponerse y se agotan mucho antes de lo debido al transcurso de una vida normal**. **Básicamente estamos viendo los efectos de la quimioterapia con la proteína de pico**. Pero de una manera muy singular. Las células que se replican rápidamente se están agotando. Ahora podemos explicar los informes demasiado comunes de pérdida de cabello.

- **La proteína por sí sola (sin necesidad de estar asociado al virus) puede ocasionar daño en diversos tejidos y órganos ya que altera el eje Renina-Angiotensina-Aldosterona, daña los endotelios e induce a la desregulación de las mitocondrias, lo que lleva a hipertensión, inflamación y formación de trombos (en otras palabras, al cuadro clínico de Covid-19)** (1) (2) (3). No hay mucha más evidencia científica de esto, porque no se han hecho estudios semejantes hasta hace poco, pero en estos otros (1) (2), también se ve ya ese potencial patogénico de la proteína.

La acción de la proteína S e incluso de sus fragmentos (subunidad S1 y probablemente solo del RBD o dominio de unión al receptor) explican perfectamente, la causa del bloqueo de los receptores ACE2, los síntomas debidos a la Covid grave (microtrombos e hiperinflamación) y el daño producido por la "vacuna".

Dicho bloqueo daña las células que contienen estos receptores que se encuentran distribuidos por muchos tejidos, principalmente, los vasos sanguíneos, las plaquetas y las células inmunes (lo que explica los trombos, lesiones hemorrágicas e hiperinflamación) y por diversos órganos, principalmente, el corazón, riñones, gónadas, cerebro e hígado.

La evidencia acumulada ha definido la Covid-19 como una enfermedad vascular. La lesión de los vasos sanguíneos causa daño pulmonar progresivo e insuficiencia multiorgánica en la Covid-19 grave, debido a edemas, coagulación intravascular, inflamación vascular e infiltración celular inflamatoria desregulada. Se han propuesto múltiples mecanismos para la disfunción vascular en la enfermedad; sin embargo, se sabe poco sobre la acción directa del SARS-CoV-2 sobre la CE (células endoteliales vasculares).

El ACE2 es el receptor mejor establecido para la proteína de espiga, aunque se han descrito otros receptores de la superficie celular tales como: neuropilina-1 (NRP1), receptores de tipo toll (TLRs) e integrinas de unión a RGD. En particular, la integrina α5β1 es una integrina de unión a RGD (secuencia de tripéptidos) que tras la unión, media la entrada de SARS-CoV-2 y la infección de células epiteliales y monocitos in vitro y aumenta la carga viral pulmonar y la inflamación in vivo. La ligadura de la integrina α5β1 por motivo de la fibronectina (es una glicoproteína adhesiva presente en forma soluble en plasma e insoluble en la matriz extracelular de la mayoría de los tejidos) RGD, activa la expresión de genes proinflamatorios en la CE, pero no se ha abordado la unión del pico a α5β1 en la CE y su impacto en la respuesta inflamatoria de la CE.

En un estudio, demuestran que **la unión de la proteína a la integrina α5β1 activa el programa inflamatorio de la CE. La proteína Spike estimula la expresión de moléculas de adhesión ICAM1 y VCAM1 y la unión de leucocitos a monocapas de EC como TNFa (citoquina), un inductor bien conocido de respuestas inflamatorias de EC sostenidas**.

Los neutrófilos, los macrófagos y las células epiteliales pulmonares reaccionan a la proteína a través de la activación de la producción de citocinas inducida por el receptor tipo toll, un mecanismo subyacente a la tormenta de citocinas observada en el Covid-19 grave. La integrina α5β1 se expresa ampliamente en las células inmunitarias y puede cooperar con receptores de tipo toll para estimular sus vías de señalización. Sin embargo, las CE humanas expresan pocos o ningún receptor de tipo toll en su superficie, lo que implica que las interacciones entre los receptores de toll y

la integrina α5β1, no contribuyen al efecto proinflamatorio del pico en el endotelio.

La vasopermeabilidad excesiva que conduce al edema es otro sello distintivo del Covid-19 grave. La unión de la proteína a la integrina α5β1, a través de RGD, estimula la hiperpermeabilidad de las monocapas de EC. La hiperpermeabilidad inducida, es imitada por su dominio de unión al receptor y el tripéptido RGD y prevenida mediante anticuerpos neutralizantes contra la integrina α5β1 y la subunidad de la integrina α5.

La proteína interfiere con la distribución periférica del CD31 (antígeno) observada en monocapas de CE estables. Debido a que el CD31 exhibe propiedades adhesivas y se concentra principalmente en las uniones entre las células adyacentes, su localización alterada en la CE es consistente con un aumento de la vasopermeabilidad.

Al unirse a α5β1, la proteína cambia el fenotipo de EC para promover la inflamación vascular. Tras la activación de α5β1 mediada por la Spike, las CE pierden su capacidad para controlar la permeabilidad o inactivar los leucocitos, características ambas de la disfunción de las CE. Estos hallazgos proporcionan información sobre los mecanismos que hacen de la Covid-19 una enfermedad vascular y fomentan el desarrollo de enfoques terapéuticos que se centran directamente en los cambios vasculares mediados por α5β1.

Dos inhibidores de α5β1, volociximab y ATN-161, desarrollados como agentes terapéuticos prometedores, bloquearon la adhesión de leucocitos inducida por la proteína y la hiperpermeabilidad de la CE. De hecho, ya se ha demostrado que ATN-161 inhibe la infección por el virus del SARS-CoV-2 in vivo.

- **Las proteínas de pico de la "vacuna" Covid** dañan **la proteína de la placenta en mujeres "vacunadas"**, parecen "hacer eco" con la proteína placentaria en mujeres embarazadas "vacunadas". Recientemente se realizó un estudio en 15 mujeres que recibieron la vacuna Pfizer, se extrajeron muestras de sangre cada pocos días y los investigadores midieron los anticuerpos contra la proteína de pico. En el estudio, los investigadores también midieron los anticuerpos contra la placenta y encontraron que dentro de los primeros 1-4 días, un aumento de 2.5 a 300% en los anticuerpos contra su propia placenta. Un estudio con 1600 mujeres confirma que la "vacuna" Covid altera la regla. Esas alteraciones en el ciclo menstrual, con base en lo que ya se sabe sobre la acción de las vacunas de ARNm (Pfizer y Moderna), podrían darse:

  1. Porque el ARNm de las "vacunas" se distribuye en órganos y tejidos, incluyendo los ovarios, a las 48 a 96 horas post "vacunación", elevando su concentración de forma notoria en ellos.

  2. Por tener ARNm encapsulado en nanomoléculas que lo protegen y evitan su degradación, lo cual, favorece el que pueda entrar en las

células ováricas y comenzar a producir la proteína Spike. Se sabe que ACE2 (el receptor de Spike) está ampliamente expresado en ovario, útero, vagina y placenta. Además, el eje renina-angiotensina-aldosterona (que desregula Spike al hacer contacto con ACE2) 2 regula el desarrollo de folículos y la ovulación, modula la formación de vasos sanguíneos que aportan nutrientes al cuerpo lúteo y su degeneración y afecta el tejido endometrial y al desarrollo del embrión.

3. Porque la presencia de Spike en los órganos reproductores femeninos puede alterar las funciones reproductivas a través de su acción sobre ACE2.

El 25% de las mujeres que contraen "Covid-19" también ven alteraciones en su ciclo. El Covid-19 asociado a SARS-CoV-2 es en muchos aspectos clínicamente indistinguible del Covid-19 post vacunación (asociado a la producción endógena de la proteína Spike por nuestras células). La diferencia es que no se ha visto que el virus SARS-CoV-2 sea capaz de replicar de forma eficiente en el ovario, ni cuanta proteína Spike se genera en el ovario tras esa infección, mientras que conforme a los datos presentados arriba, sí es real que las células ováricas producirán esa proteína.

Diversas mujeres de distintas partes de Estados Unidos han reportado que sus ciclos menstruales sufrieron alteraciones tras recibir la "vacuna" antiCovid-19. Algunos de esos cambios incluyen que el periodo iniciara antes de lo habitual, fuera más doloroso y de sangrado más abundante, asimismo, se reportaron hemorragias repentinas e inesperadas o manchado entre las mujeres que toman anticonceptivos de acción prolongada o aquellas que atraviesan la etapa posterior a la menopausia y no han menstruado en años o incluso décadas.

Kate Clancy, profesional en ecología reproductiva humana y profesora adjunta de antropología en la Universidad de Illinois Urbana-Champaign, y Katharine Lee, antropóloga biológica que estudia la salud de la mujer en la Facultad de Medicina de la Universidad Washington en St. Louis, cuentan con más de 140 000 informes de personas cuyo periodo menstrual ha sufrido alteraciones después de "vacunarse" contra la Covid-19 y los están documentando de manera formal en un estudio abierto.

En un editorial que se publicó en The BMJ, Victoria Male, profesora de inmunología reproductiva en el Imperial College de Londres, afirmó que "parece plausible que exista un vínculo biológico entre la "vacuna" antiCovid-19 y los cambios menstruales que se han presentado después, así que es necesario investigarlo".

"Se han reportado alteraciones menstruales tras recibir "vacunas" antiCovid-19 de ARNm y adenovirus, lo que sugiere que, **si existe una conexión, es probable que se deba a la respuesta inmunológica ante**

la “vacuna” y no a un componente específico de la misma. También se ha asociado la “vacunación” contra el virus del papiloma humano (VPH) con alteraciones en la menstruación.

Algunos mecanismos plausibles en términos biológicos que relacionan la estimulación inmunológica con los cambios menstruales, incluyen la manera en que el sistema inmunológico podría influir sobre las hormonas que están involucradas en el ciclo menstrual o cómo las células inmunológicas tienen que ver con algunos cambios en el revestimiento del útero, las cuáles son responsables de que este tejido se desarrolle y se elimine de forma cíclica”.

Lindsay Janci Chunn, Ph. D., una destacada toxicóloga y bióloga molecular que trabaja con M.D. Anderson Cancer Center-Houston, habló en la reunión del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los CDC que se llevó a cabo el 23 de abril de 2021.

El tema principal de la reunión fueron los trastornos de coagulación de la sangre que se han presentado después de recibir las “vacunas” y, durante los comentarios públicos, Lindsay solicitó que la aplicación de vacunas de terapia genética se detuviera de inmediato debido a que existen diversas inquietudes acerca de su seguridad, entre las cuales se encuentran las que giran en torno a la fertilidad. Declaró lo siguiente:

"**Las ‘vacunas” antiCovid podrían inducir la reacción cruzada de anticuerpos contra la sincitina y, de esta manera, afectar la fertilidad y el embarazo**. Primero que nada, **hay una razón factible para creer que las ‘vacunas’ antiCovid podrían tener una reacción cruzada con la sincitina y las proteínas reproductivas de los espermatozoides, los óvulos y la placenta, lo que puede provocar daños en la fertilidad, al igual que en el desarrollo de la reproducción y la gestación**".

El Ph.D. Bill Gallaher, un virólogo respetado, presentó excelentes argumentos sobre por qué podría darse una reacción cruzada. **Lo que puede ocasionar esto es que la conformación de la lámina beta de la proteína Spike es similar a la de la sincitina-1 y la sincitina-2. No he encontrado un solo estudio inmunológico que refute esto hasta el momento**.

“A pesar de que los fabricantes tardarían solo un día, literalmente, en realizar los estudios de sincitina que podrían determinar esto, una vez que contaran con suero de personas “vacunadas”; ya ha pasado más de un año desde que se afirmó por primera vez que esto podría ocurrir (que el cuerpo atacara sus propias proteínas de sincitina debido a que su estructura es similar a la de la proteína Spike)".

Lindsay señaló algo más: se reportaron 100 abortos espontáneos en Estados Unidos ante el Sistema Nacional de Notificación de Eventos Adversos de las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) desde el 9 de

abril de 2021, lo cual es otro motivo para detener la aplicación de estas “vacunas”. Otros informes de reacciones ante las “vacunas” antiCovid-19 que son motivo de preocupación incluyen la alteración de la espermatogénesis y restos de placenta, algo en lo que la sincitina desempeñó un papel importante.

Lindsay advirtió que **estas señales de alerta son tan graves como para que toda una generación corra el riesgo de desarrollar esterilidad, a menos que dejen de aplicarse las “vacunas” antiCovid-19** hasta que no se realicen más investigaciones:

"Simplemente, no podemos dejar que nuestros niños reciban estas “vacunas” cuando tienen un riesgo de 0.002 % de mortalidad por Covid en caso de infectarse, y tampoco podemos permitirlo en ninguna persona que se encuentre en edad fértil sin investigar a fondo este asunto.

Si lo hacemos, es posible que una generación entera se vuelva estéril. Se especula que esto no sucederá y se han presentado unos cuantos informes anecdóticos de embarazos durante del ensayo, no obstante, esto no es prueba suficiente de que lo que se mencionó no vaya a afectar a toda la población".

"Hay pruebas sólidas de que **existe una fuga inmunológica**, y de que la inoculación de estas ‘vacunas’, que se llevó a cabo debido a la presión de la pandemia, ocasionó que surgieran mutantes más letales que podrían infectar a un grupo demográfico más joven y causar más muertes relacionadas con el Covid en toda la población, en comparación con las que se habrían producido si no se hubiera intervenido de esta forma. En otras palabras, **hay evidencia que respalda que las ‘vacunas’ podrían agravar la pandemia**".

Como podemos comprobar, hay mucha especulación con base científica acerca de trastornos menstruales en mujeres que recibieron la “vacuna” contra SARS-CoV-2. Asimismo, una revisión de los sistemas de registro de eventos adversos post-“vacunación” muestra un número alto de trastornos menstruales, varias veces mayor a la que se reporta con otras vacunas comunes. A pesar de ser inusuales en número esos testimonios y los reportes a VAERS, FAERS, Eudravigilance, etc., en sí mismos no constituyen evidencia científica de una relación causal entre las “vacunas” contra SARS-CoV-2 y trastornos menstruales.

Cuando se busca investigar de manera científica una posible asociación causal entre un evento (por ejemplo, recibir la “vacuna” contra SARS-CoV-2) y un desenlace (por ejemplo, tener una alteración menstrual), hay varios criterios que necesitan cumplirse. Me limito a enfocarme en el criterio de la plausibilidad biológica. Es decir, uno de los criterios para comenzar a investigar una posible asociación causal es contar con una explicación del mecanismo potencial por el que puede darse el desenlace después del evento. En este caso, se conoce dicho mecanismo: El estudio de

farmacocinética de Pfizer, mostró que el ARNm de la "vacuna" era detectable en los ovarios al menos a las 96 horas post-vacunación. Aclaro que no se tiene esta información para las "vacunas" vectorizadas contra SARS-CoV-2, y los estudios realizados con candidatos vacunales contra Ébola, basados en adenovirus, mostraron que si bien no es común, puede llegar a encontrarse el virus vacunal en otros tejidos, pero no detectaron su presencia en ovarios. El que el ARNm de la "vacuna" llegue a los ovarios es importante, ya que con base en lo que se sabe sobre la inmunogenicidad del ARNm, es plausible que su presencia en los ovarios y/o endometrio pudiera activar las cascadas de eventos pro-inflamatorios (es decir, el inflamasoma) del tracto reproductivo. En otras palabras, hay una explicación plausible sobre cómo podría darse una alteración hormonal reproductiva debido a la "vacunación". Otra explicación plausible de cambios en el sangrado menstrual serían las alteraciones en la coagulación provocadas por las "vacunas" de ARNm y las vectorizadas y que podrían generar sangrado abundante al impactar la capacidad de reparar el sangrado endometrial.

El 12 de octubre, científicos de las universidades de Washington, Illinois y Harvard, lidereados por Katharine MN Lee, publicaron en MedRix un estudio que evaluó de forma epidemiológica la relación entre las "vacunas" contra SARS-CoV-2 y desórdenes menstruales. Los autores investigaron cambios en el sangrado menstrual entre mujeres en edad reproductiva y post-menopausia. Para esto, contaron con casi 40 000 participantes de entre 18 y 80 años de edad (media: 33 años) que habían recibido el esquema de "vacunación" completa y que no habían contraído Covid-19. Más de la mitad habían sido "vacunadas" con Pfizer (n=21 620 participantes), seguidas por Moderna (13 001), Johnson & Johnson (3469), Astrazeneca (751), Novavax (61) y otras (204).

Encontraron que entre mujeres "vacunadas", el 42% de aquellas con ciclos menstruales regulares experimentaron sangrados más intensos que lo usual, mientras que el 44% no reportó ningún cambio. Entre mujeres que utilizan anticonceptivos de acción larga, el 71% de ellas reportó sangrado y el 66% de las mujeres post menopáusicas reportaron sangrado. El sangrado incrementado o no esperado se asoció de forma significativa a la edad y a la ocurrencia de otros efectos adversos post-vacunación, entre otros. No encontraron diferencias significativas en las alteraciones menstruales entre mujeres "vacunadas" con Pfizer y con Moderna. El número de muestras de las otras "vacunas" fue muy pequeño para poder realizar el análisis con un adecuado poder estadístico.

Si bien los autores indican que no suelen ser peligrosos los cambios menstruales, se requiere estudiar estos fenómenos, sobre todo como una forma de mejorar la confianza en la medicina por parte del público. Es importante aclarar que este estudio aun se encuentra en proceso de revisión por pares.

En resumen, **ya existe evidencia científica, estudiada en un marco epidemiológico, de asociación entre la "vacunación" contra SARS-CoV-2 y desórdenes menstruales**. El mecanismo biológico que explicaría esta asociación ya se ha propuesto, por lo que no sería correcto subestimar dicha asociación estadística. Con base en la evidencia disponible, se muestra una asociación causal que debe de ser explorada más profundamente.

El mimetismo molecular es el parecido que existe entre antígenos; en este caso, **entre la glicoproteína Spike del SARS-CoV-2 y las proteínas propias de los tejidos humanos**. **Es un mecanismo que puede contribuir a la infertilidad femenina y masculina, al generar autoanticuerpos que reaccionan contra los órganos de la reproducción humana**.

Las similitudes **que existen en la secuencia de aminoácidos entre los patógenos y el huésped humano pueden conducir a patologías autoinmunes a través de fenómenos de reactividad cruzada que ocurren después de la infección del patógeno**.

En la vacunología existe un concepto básico según el cual solo las secuencias peptídicas derivadas de patógenos que están ausentes en el ser humano, es decir, péptidos «no propios», puede conducir a inmunoterapias seguras y eficaces. ***Se ha reunido evidencia experimental de que tan solo se necesita un bajo nivel de similitud de secuencia con el proteoma del huésped para modular respuestas de células B y la generación del repertorio de anticuerpos asociados con múltiples patologías de enfermedades infecciosas, cáncer, autoinmunidad, hipertensión, obesidad y alergia***.

Los hallazgos **científicos recientes acerca de la similitud entre la glicoproteína Spike y los tejidos humanos nos obligan a estar atentos y a hacer un seguimiento clínico de los pacientes "vacunados" contra Covid-19, por los problemas de posibles enfermedades autoinmunes, cáncer e infertilidad que puedan aparecer entre la población "vacunada**".

De aquí también **se desprenden los** conflictos éticos **que surgen en torno a la "vacunación" masiva contra Covid-19 en niños y jóvenes (un grupo etario que no es suceptible de padecer una enfermedad severa por SARS-CoV-2) sin olvidar que son "vacunas" autorizadas de emergencia, que no cuentan con estudios de fase 1, 2 y 3 acabados, cuya eficacia no fue la que inicialmente se informó, y destacando que son "vacunas" que carecen de estudios de seguridad de duración adecuada como para garantizar que a mediano y largo plazo no aparecerán enfermedades de mayor gravedad y complejidad que la propia infección por SARS-CoV-2**.

La evidencia científica, médica y epidemiológica **acumulada es suficiente para detener de inmediato la vacunación masiva experimental de los adultos y para no continuar, por principio precautorio y por razones éticas, la vacunación de niños y adolescentes. Los daños causados por las "vacunas" contra Covid-19 serán más serios que la enfermedad natural**.

- Las "vacunas" de ARNm y las vectorizadas contra SARS-CoV-2, se basan en (por dos mecanismos diferentes) lograr que nuestras células comiencen a producir la proteína. **Sabemos que el ARNm (y presumiblemente, los vectores virales de las "vacunas"), no se limita a los sitios de inoculación; que viaja por el torrente sanguíneo y la linfa hacia otros tejidos y órganos** (1) (2) (3), incluyendo el sistema nervioso; reconocido en un documento interno de Pfizer, en un documento del regulador Japonés o en el primer informe de una autopsia practicada a una persona "vacunada"; esto se sabía, al menos, desde el 2017, por un estudio hecho con una vacuna de ARNm contra el virus de Influenza A que estaba en etapa preclínica.

- **La proteína Spike** induce **a que las células donde se encuentra, generen exosomas** (bolsitas hechas de membrana de los organelos de las células) **que contienen microARNs y que estos viajan hacia el sistema nervioso, ejerciendo una inflamación descontrolada en el cerebro**. La proteína espiga promueve la pérdida de la integridad de la barrera hematoencefálica, es decir, puede agujerear la barrera.

- **En diversos estudios se afirma que la proteína S cambia la señalización celular al unirse al receptor ACE2, esto significa que da instrucciones a la célula para que altere sus funciones, lo que es particularmente grave en las células inmunes ya que las vuelve ineficientes, facilitando los procesos inflamatorios y la susceptibilidad a enfermar por cualquier patógeno** (1) (2) (3).

- Otros investigadores también han estudiado los **problemas producidos por la proteína espiga y los anticuerpos que el organismo genera cuando es inyectada, atacando hasta 28 tejidos humanos, lo que explica las enfermedades autoinmunes que los "vacunados" pueden desarrollar** (1) (2).

- El daño directo a bazo y páncreas (órganos en que acumulan las LNP vacunales) y el estado basal de inflamación crónica, deterioro de la respuesta inmunológica y alteración de la coagulación; parecen ser los mecanismos fisiopatológicos que contribuyen al aumento de la morbimortalidad de la Covid-19 en las personas diabéticas, así como al mayor daño producido por las "vacunas" Covid en los diabéticos.

- Stephanie Seneff, la científica investigadora principal del Instituto de Tecnología de Massachusetts; dijo que ahora está claro que el contenido de

la “vacuna” que se está administrando, **las nanopartículas lipídicas (LNP) que contienen el ARNm codificante de la proteína espiga, llegan al bazo y a las glándulas, incluidos los ovarios y las glándulas suprarrenales, y mientras se va vertiendo circula por el torrente sanguíneo, donde está causando un daño sistémico**. Los receptores ACE2 son comunes en el corazón y el cerebro, y así es como la proteína espiga causa problemas cardiovasculares y cognitivos. La proteína Spike interrumpe la función de los pericitos cardíacos humanos a través de la señalización mediada por el receptor CD147: un posible mecanismo no infeccioso de la enfermedad microvascular Covid-19. Se une a las células del corazón llamadas pericitos, que recubren los pequeños vasos del corazón. Esto desencadena una cascada de cambios que interrumpen la función celular y provocan inflamación.

La patología y los síntomas que están teniendo muchos vacunados Covid (trombosis con trombocitopenia, accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares y miocarditis) se correlaciona perfectamente con los problemas que causa la proteína espiga, según se ha determinado experimentalmente. Está recogido en los estudios científicos citados en este apartado. **Es de destacar que en otros órganos donde se acumulan las nanopartículas lipídicas como el ovario, se están produciendo diversas alteraciones como lo demuestra la notificación de un elevado número de mujeres con problemas relacionados con la menstruación**.

“La proteína Spike que producen estas ‘vacunas’ de ARNm no puede entrar en la membrana, lo que creo que va a alentarla para que se convierta en una proteína priónica que dará problemas. Después, cuando se inflama, regula ascendentemente la alfa-sinucleína [una proteína neuronal que regula el tráfico sináptico y la liberación de neurotransmisores].

Entonces, la alfa-sinucleína se incrustará en las proteínas Spike mal plegadas, lo que causa un gran problema dentro de las células dendríticas en los centros germinales del bazo. Y eso recolectará toda esta basura en exosomas y los liberarán. Luego viajarán a lo largo del nervio vago hasta el tallo cerebral y causarán problemas como la enfermedad de Parkinson.

Y tal vez hará que las personas que no son propensas a la enfermedad de Parkinson la contraigan, en especial si reciben la “vacuna” cada año. Cada año que reciba un refuerzo, se acercará a la fecha para contraer la enfermedad de Parkinson”.

En esta publicación reciente, escrita por Oldfield y colaboradores, y publicada en la revista Vaccines, se hace una revisión sobre los mecanismos mediante los cuales la proteína Spike puede afectar el cerebro y provocar síntomas neurológicos. Se ha visto que los pacientes que tienen historial de complicaciones neurológicas pueden tener mayor riesgo de desarrollar otras patologías de largo plazo, asociadas con la proteína priónica the α-sinucleina (α-synuclein, en inglés). Estas patologías incluyen a la

enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy que, en el contexto del Covid-19, se generan por exposición a Spike. Aquí se hace referencia a Spike producido durante la supuesta infección con SARS-CoV-2 (Spike viral (obviamente, antes de hablar de Spike viral, habrá que demostrar científicamente la existencia del supuesto virus)) y a Spike producido por las "vacunas" de ARNm (Pfizer/BioNTech y Moderna) y vectorizadas (Astrazeneca, Cansino, Johnson y Johnson) (Spike vacunal). ***La Spike, independientemente de su origen, puede cruzar la barrera hematoencefálica, ocasionando inflamación y coágulos en el cerebro***.

- ***La*** persistencia ***a largo plazo de la proteína pico después de la "vacunación" apoya la noción de que las inyecciones darán lugar a enfermedad inflamatoria de progresión lenta***.

Este artículo analiza el estudio reciente de Bansal et al, sobre la detección de proteína de pico (Spike protein) en personas "vacunadas" con la "vacuna" de ARNm de Pfizer. El hallazgo más significativo es que la proteína pico (spike) se encuentra en forma de exosomas, es decir, vesículas derivadas de células, durante al menos cuatro meses después de la segunda inyección. ***Esta persistencia, sorprendentemente larga, aumenta la posibilidad de una inflamación sostenida y daño a los órganos que expresan la proteína espiga***.

Conclusiones:

Persistencia duradera de la proteína de pico. Inicio tardío de la expresión de la proteína de pico, pero esta observación se limita a la proteína en Exosomas, no a la proteína libre en el plasma (o su subunidad S1) como se ha observado en otros estudios como el de Ogata et al. Y por otro lado, la aparición temprana de coágulos sanguíneos, etc. sugiere un inicio temprano de la expresión de estas proteínas.

Esta imagen, muestra un exosoma o vesícula (figura 1 en este artículo) que lleva una proteína pico, por la unión de 'inmunogold', es decir, pequeñas partículas de oro que están cubiertas con anticuerpos. La razón para emplear oro para detectar moléculas diana específicas en microscopía electrónica es por la muy alta densidad de este elemento; las pesadas partículas de oro detienen el haz de electrones, provocando puntos negros como los que se muestran en esta imagen.

Si bien se pueden debatir algunas afirmaciones específicas hechas por este documento, la persistencia muy duradera (4-5 meses) de la proteína de pico en el cuerpo está demostrada de manera convincente. Si es el ARNm que codifica la proteína de pico el que persiste o más bien la proteína pico expresada queda por determinar. Sin embargo, siempre que aparezca la proteína pico en exosomas o vesículas apoptóticas, debe estar presente en las membranas celulares; y mientras se encuentre allí, el sistema inmunológico atacará esas células.

Se ha informado mediante estudios clínicos documentados tanto de inflamación prolongada como de deterioro de la función orgánica tanto con la propia infección como después de la “vacunación”. Si bien la inflamación puede surgir de la autoinmunidad por un daño tisular agudo intenso, la persistencia a largo plazo de la proteína pico después de la “vacunación” ofrece otra sencilla explicación y apoya la noción de que las vacunas darán lugar a enfermedad inflamatoria de progresión lenta. El fragmento S1 puede unirse a los receptores ACE2 en los trombocitos y otras células; esto puede contribuir a la patogénesis de Covid-19 y también a los efectos adversos de la “vacunación”.

Los exosomas son pequeñas vesículas de membrana, formadas pellizcando trozos de membrana celular de una superficie celular y llenas de líquido intracelular y macromoléculas. Hay dos vías distintas (formación intracelular con posterior liberación en masa, o formación y liberación directamente en la superficie celular) son interesantes, pero no tienen por qué preocuparnos aquí.

Los exosomas transportan moléculas de proteínas de la superficie celular (los pequeños “clubes” negros en la ilustración) y también macromoléculas intracelulares (proteínas y ARN). Pueden fusionarse con otras células o ser absorbidas por ellas y, por lo tanto, transmitir carga e información entre células. Funciones fisiológicas sujetas a regulación por exosomas: Coagulación de la sangre, activación o supresión de respuestas inmunes, inflamación o crecimiento tumoral. Esta lista no es exhaustiva. Una muy buena reseña sobre el tema vea esto.

También debemos tener en cuenta que la proteína de pico persiste durante al menos el doble de tiempo que se comunicó respecto a los participantes de los “ensayos clínicos” de Pfizer después de la segunda “vacunación”. De ello se deduce que los informes adjuntos de los efectos adversos que ocurrieron en esos ensayos no pueden ser completos.

- Los enfermos de Covid de larga duración son aquellos que experimentan síntomas continuos durante muchos meses después de recuperarse de la infección por SARS-COV-2. El Dr. Ram Yogendra es parte de un grupo de médicos que estudia y trata a estos pacientes. Este grupo descubrió recientemente algo fascinante; esos enfermos, tenían trozos de proteína de pico (subunidad S1) en sus monocitos no clásicos, que son células inmunes que se pueden considerar como células "recolectoras de basura". Estos trozos de espiga lograron persistir entre los monocitos durante meses después de la infección. Además, hay algunos receptores de la “vacuna” que nunca tuvieron Covid, que también han experimentado síntomas similares a los de larga duración que persisten durante meses después de la “vacunación”. Estos pacientes también tenían trozos de picos en sus monocitos no clásicos. El Dr. Yogendra es pro-vacuna y ha mencionado que ha sido “vacunado” con una de las “vacunas” Covid. Resumamos los hallazgos:

El pico codificado por la "vacuna" puede: 1) persistir durante mucho más tiempo del que deseamos, a veces meses, dentro de monocitos no clásicos, y 2) puede terminar por todas partes, incluido el cerebro, porque los monocitos pueden atravesar la barrera hematoencefálica, y 3) puede causar síntomas prolongados y/o daños durante meses después de la "vacunación". También parece, pero aún debe confirmarse, que 4) se encontraron trozos de picos en los monocitos incluso en algunos receptores de la "vacuna" que no presentaban síntomas.

- En un estudio cuyo objetivo era evaluar si los péptidos de la proteína S podrían causar un impacto negativo en los animales acuáticos, se analizó la toxicidad acuática de los derivados de péptidos proteicos Spike del SARS-CoV-2 en renacuajos (n=50 renacuajos/5 réplicas de 10 animales) de la especie Physalaemus cuvieri (Leptodactylidae). Tras la síntesis, purificación y caracterización de péptidos (PSDP2001, PSDP2002, PSDP2003) se simuló una contaminación acuática con estos péptidos durante 24 h de exposición en dos concentraciones (100 y 500 ng / mL). Se evaluaron los biomarcadores antioxidantes y la actividad AChE. En ambas concentraciones, PSPD2002 y PSPD2003 aumentaron la actividad de las enzimas antioxidantes catalasa y superóxido dismutasa, así como el estrés oxidativo (niveles de nitrito, peróxido de hidrógeno y especies reactivas de oxígeno). Los tres péptidos también aumentaron la actividad de la acetilcolinesterasa en la concentración más alta. Estos péptidos mostraron interacciones moleculares in silico con acetilcolinesterasa y enzimas antioxidantes. La contaminación por partículas acuáticas de SARS-CoV-2 tiene un efecto colinesterásico en los renacuajos de P. cuvieri. Estos hallazgos indican que la proteína Spike (Covid-19) puede constituir un impacto ambiental o potencial de daño biológico, así como estrés oxidativo (niveles de nitrito, peróxido de hidrógeno y especies reactivas de oxígeno).

Shedding

La secuencia del ARNm que tiene la información para que nuestras células elaboren Spike (al menos en la "vacuna" Pfizer) **tiene** unas regiones que se conocen como "**péptido señal**", lo que sugiere que la **proteína no se queda dentro del citoplasma de las células que la están produciendo posteriormente a la "vacunación", sino que se va a la membrana**. De ahí, que se pueda dar el "**shedding"** (1) (2) **o eliminación de Spike en orina, saliva o** fluidos sexuales **de las personas "vacunadas"**; recogido en un documento interno de Pfizer, analizado por doctores de prestigio (1) (2) (3) (4), recogido en un documento interno de los CDC o comentado en artículos periodísticos.

Las proteínas espiga generadas en personas por la "vacuna" contra la Covid-19 pueden eliminarse. ***El desprendimiento puede afectar gravemente a las personas que rodean a la persona "vacunada" y causar graves complicaciones de salud***.

Para los "vacunados", el contacto con la proteína espiga obliga al cuerpo a producir más para siempre. ***Esto es lo que causa muchas de las complicaciones de salud asociadas con él***. Pero cuando el cuerpo produce demasiado, incluso puede arrojar proteínas de punta.

Esto significa que, por lo demás, ***las personas sanas que no están "vacunadas" alrededor de personas "vacunadas" pueden obtener las proteínas de pico en su sistema***.

La gente en la comunidad médica ha sabido acerca de ***la capacidad de las proteínas de punta para desprenderse de los cuerpos de los "vacunados" desde hace algún tiempo***. Un informe de America's Frontline Doctors (AFLDS) que data de principios de 2021 se enteró del desprendimiento.

Según este informe, titulado "Identificación de las complicaciones posteriores a la vacunación y sus causas: un análisis de los datos de pacientes con Covid-19", ***las partículas de proteína de punta pueden propagarse a los contactos cercanos de los "vacunados"***. ***Un individuo no "vacunado" puede estar expuesto a las proteínas del pico por inhalación o contacto con la piel***.

Las personas expuestas a las proteínas del pico ***tienen un riesgo significativamente mayor de contraer "pericarditis, culebrilla, neumonía, coágulos de sangre en las extremidades y el cerebro, parálisis de Bell, sangrado vaginal y abortos espontáneos en personas que están cerca de personas que han sido "vacunadas"***. La organización agregó que ***las proteínas de pico también causan una amplia variedad de enfermedades autoinmunes, cruzan la barrera hematoencefálica y causan una variedad de complicaciones neurológicas***.

Además, ***la excreción puede*** afectar ***a los niños no "vacunados", especialmente si pasan mucho tiempo cerca de sus padres y maestros completamente" vacunados***".

Es casi seguro que los niños están a salvo de Covid-19. Pero ***su proximidad a las proteínas de pico arrojadas por sus padres y maestros completamente "vacunados" los pone en mayor*** riesgo de experimentar algunas de las complicaciones de salud mencionadas anteriormente.

"Nuestra otra preocupación es que los niños puedan desarrollar enfermedades autoinmunes crónicas a largo plazo, incluidos problemas neurológicos debido al hecho de que los niños tienen décadas por delante y trillones de proteínas espigas", se lee en el informe.

El informe de AFLDS señaló que ***las personas "vacunadas" podrían producir potencialmente billones de proteínas espiga y, debido a la eliminación, es probable que transmitan muchas de ellas a las personas no "vacunadas" que no las tienen en sus sistemas***. Esto tiene el potencial de infectar gran parte del mundo con proteínas espiga mortales.

En otras palabras, las proteínas espigas son patógenas ("causantes de enfermedades"). Lo que es más preocupante es que el cuerpo de una persona se inunda repentinamente con 13 billones de estas partículas y las proteínas de pico se unen más firmemente que el virus completamente intacto. ***Debido a la biomimética (similitud) en la espiga, el desprendimiento parece estar causando una amplia variedad de enfermedades autoinmunes (donde el cuerpo ataca su propio tejido) en algunas personas***. En todo el mundo se han notificado casos de pericarditis, culebrilla, neumonía, coágulos de sangre en las extremidades y el cerebro, parálisis de Bell, sangrado vaginal y abortos espontáneos ***en personas que están cerca de personas que han sido "vacunadas"***. Además, sabemos que ***las proteínas de pico pueden atravesar la barrera hematoencefálica, a diferencia de las "vacunas" tradicionales***.

Si la proteína Spike se puede convertir en una proteína priónica, no es descabellado pensar que también tengan un comportamiento similar en cuanto a transmisión aerea.

La científica Seneff analiza la posibilidad de que ***las personas que han recibido "vacunas" antiCovid-19 puedan*** transmitir ***partículas a quienes las rodean, lo que podría provocar una enfermedad o síntomas inducidos por la misma***.

Los estudios de Pfizer sugirieron, de hecho, que ***podría ocurrir una exposición secundaria a la "vacuna" y*** utilizaron ***los ejemplos de exposición por inhalación o contacto con la piel, así como "exposición ambiental durante el embarazo"***.

Un ejemplo incluía: "Un miembro masculino de la familia o proveedor de atención médica que ha estado expuesto a la intervención del estudio por inhalación o contacto con la piel, expone a su pareja femenina antes o alrededor del momento de la concepción". Si esto podría parecer difícil de creer, Seneff dijo que hay una explicación plausible de cómo las inyecciones antiCovid-19 puedan causar la pérdida del embarazo:

"Existe un proceso plausible que ***podría llevarse a cabo cuando se liberan los exosomas de las células dendríticas en el bazo que contienen proteínas Spike mal plegadas***, en complejo con otras proteínas reconformadas con priones. ***Estos exosomas pueden*** viajar a lugares distantes. No es imposible imaginar que ***los*** libera ***de los pulmones y los inhala por una persona cercana***. ***Se han*** detectado ***vesículas extracelulares, incluyendo exosomas, en esputo, moco, líquido de revestimiento epitelial y líquido de lavado broncoalveolar junto con enfermedades respiratorias***".

Además, ***la*** evidencia ***experimental y de observación demuestra que la respuesta inmunológica humana a las "vacunas" antiCovid-19 es muy*** diferente ***de la respuesta ocasionada por la exposición al SARS-CoV-2, y las personas que han recibido "vacunas" antiCovid-19 podrían tener*** daños ***en su sistema inmunológico innato, que es el sistema que genera una forma de VAIDS***, debido a una mala señalización del interferón.

"***Sin la* respuesta *del interferón tipo I, las células T no se acumulan como deberían después de una infección o en respuesta al cáncer, por lo que no pueden* controlar *la infección porque no se producen***. Su producción provoca esa respuesta de interferón tipo I que no ocurre", dijo Seneff.

Miles de mujeres han informado que han sufrido sangrado/coagulación irregular después de recibir una de las "vacunas" mRNA Covid. Lamentablemente, miles de personas también han informado ahora sobre la pérdida de su hijo por nacer/recién nacido. También existen testimonios de mujeres que afirman haber perdido a su bebé o sufrido sangrado/coagulación irregular después de estar en compañía de otras personas que han recibido una de las "vacunas" de ARNm Covid.

Con esta cantidad de devastación que se sospecha que fue causada por las inyecciones de Covid-19, ***es extremadamente* preocupante *encontrar eso escondido dentro de un* documento *de Pfizer*** titulado ' UNA FASE 1/2/3, CONTROLADA CON PLACEBO, ALEATORIA, OBSERVADOR-CIEGO, DOSIS-ESTUDIO DE BÚSQUEDA PARA EVALUAR LA SEGURIDAD, TOLERABILIDAD, INMUNOGENICIDAD Y EFICACIA DE CANDIDATOS A VACUNA DE ARN DEL SARS-COV-2 CONTRA COVID-19 EN INDIVIDUOS SANOS'. Es una sección completa que cubre la posibilidad de ***'eliminación de la vacuna de ARNm***' en la que es posible aquellos que han estado muy cerca de alguien que ha recibido la inyección de ARNm de Pfizer sufran una reacción adversa.

En la sección 8.3.5 del documento, se describe cómo ***la exposición durante el embarazo o la lactancia al pinchazo de ARNm de Pfizer durante los ensayos debe informarse a Pfizer Safety dentro de las 24 horas posteriores a la toma de conocimiento del investigador. Esto es extraño porque las mujeres embarazadas/nuevas madres no formaban parte de los ensayos de seguridad. Entonces, ¿cómo pueden estar expuestos?***

El* documento establece**, como mencioné anteriormente, ***que la exposición ambiental durante el embarazo puede ocurrir si una mujer de la familia o un proveedor de atención médica informa que está embarazada después de haber estado expuesta a la intervención del estudio por inhalación o contacto con la piel. O si un miembro masculino de la familia del proveedor de atención médica que ha estado expuesto a la intervención del estudio por inhalación o contacto con la piel, luego expone a su pareja femenina antes o alrededor del momento de la concepción.

Pfizer está admitiendo en este documento que ***es posible exponer a otro ser humano a la "vacuna" de ARNm Covid simplemente respirando el mismo aire o tocando la piel de la persona que ha sido "vacunada"***. Pfizer también confirma que ***es posible exponer a un bebé a la "vacuna" de ARNm a través de la lactancia, incluso si la madre no ha recibido la inyección de Pfizer***. Afirman ***que esto es nuevamente posible a través de la exposición ambiental, en la que se descubre que la madre está amamantando a un bebé después de haber estado expuesta a la intervención del estudio por inhalación o contacto con la piel***.

Pfizer también confirma en la sección 8.3.5.3 del documento que ***pueden ocurrir reacciones adversas después de la 'Exposición ocupacional'***. El documento establece que ***la exposición ocupacional ocurre cuando una persona recibe un contacto directo no planificado con la intervención del estudio y dice que esto "puede o no conducir a la ocurrencia de un Evento Adverso***".

Aquí tenemos a ***Pfizer*** afirmando ***en negro sobre blanco que la diseminación de la "vacuna" de ARNm es una posibilidad real***, y tenían preocupaciones extremas al respecto en lo que respecta a las mujeres y el embarazo.

Por otro lado, un estudio de preimpresión, aún no revisado por pares, de la Universidad de Colorado proporciona ***evidencia de transferencia de anticuerpos en aerosol entre personas "vacunadas" y no "vacunadas" contra Covid***. En otras palabras, ***evidencia de*** transmisión ***de "vacunas" de persona a persona o lo que algunos pueden llamar "desprendimiento de vacunas"***. Se publicó en medRxiv el 1 de mayo de 2022. Se propuso investigar si los constituyentes de los fluidos nasales u orales, que no sean partículas infecciosas, pueden transmitirse entre "huéspedes".

El estudio señala que se encuentran altos niveles de anticuerpos, IgG e IgA, dentro de la cavidad nasal y la saliva de los "vacunados" y planteó la hipótesis de que ***la transferencia de anticuerpos en gotas o en aerosol podría ocurrir entre personas, similar a la transferencia de partículas de virus en aerosol de una persona a otra***.

Los investigadores analizaron hisopos nasales de padres y sus hijos en un centro de vacunas en Aurora, Colorado, que asistían a citas de vacunas, no limitadas a la "vacunación" de Covid.

Utilizando datos de 34 pares de adultos y niños, detectaron la presencia de IgG específica del SARS-CoV-2 en las muestras de hisopos nasales adquiridas de niños que vivían en hogares "vacunados". Es importante destacar que ***algunos de los hisopos nasales obtenidos de niños que viven en hogares no "vacunados" revelaron la ausencia de anticuerpos específicos contra el SARS-CoV-2***.

Este hallazgo no solo fue evidente en los datos, sino que también fue estadísticamente significativo ***con un valor de p de 0,01***. Esto significa que este no fue un hallazgo casual, escribió Igor Chudov, quien escribió un artículo fácil de leer que describe el estudio, lea aquí.

El estudio señala que, según una publicación reciente, la "vacunación" de los padres ha reducido sustancialmente el riesgo de infección por Covid en niños no "vacunados" presentes en el mismo hogar. Los autores del estudio actual creen que ***esto podría deberse a la*** transferencia ***de anticuerpos mediada por aerosoles entre padres vacunados y niños no "vacunados" en el mismo hogar***.

"La evaluación de las muestras de esta manera reveló que la IgG intranasal alta en los padres "vacunados" se asoció significativamente (valor p = 0,01) con un aumento de 0.38 en las IgG intranasales transformadas logarítmicamente en un niño del mismo hogar".

La transferencia de "inmunidad pasiva" es un beneficio, escribieron los investigadores, "nuestros resultados sugieren que la transmisión de anticuerpos por aerosol también puede contribuir a la protección del huésped y representar un mecanismo completamente desconocido mediante el cual se puede comunicar la protección inmune pasiva".

¿***Están los investigadores tratando de tomar un hallazgo impactante y muy peligroso y hacer que sea beneficioso? ¿Cómo puede ser un beneficio la transmisión de partículas y anticuerpos de la "vacuna" sin el conocimiento o consentimiento del receptor? ¿Cómo puede ser bueno transmitir un producto experimental peligroso?***

Conocemos numerosos casos, algunos de ellos muy mediáticos como el de un conocido presentador de Tv española, en el que él recién "vacunado" enferma y contagia a su familia. El fenómeno del contagio es una evidencia aunque la explicación de dicho fenómeno no sea simple. Los vectores portadores de la información patógena pueden ser partículas de tipo viral que emitan los "vacunados" sintomáticos (sabemos que las células diana de la proteína espiga generan exosomas que contienen micro ARNs) o bien fragmentos peptídicos de la proteína espiga eliminados por los "vacunados" por la saliva o la orina, ya que ha sido demostrado que no es precisa la proteína completa para unirse al receptor celular y causar daño compatible con el cuadro Covid.

Los síntomas del posible contagio: dolores de cabeza masivos, micro-coágulos y hematomas repentinos en todo el cuerpo, ciclos menstruales excepcionalmente abundantes tanto en las jóvenes como en las posmenopáusicas, abortos espontáneos, reducción de la leche materna, esterilidad entre mujeres y hombres, mascotas domésticas que mueren poco después de que los dueños obtienen el suero. Algo se transfiere de uno a otro, probablemente a través de la respiración, complementado con un tipo de resonancia simpática o emanación de feromonas. El método de transferencia no está claro en este momento, pero ciertamente está sucediendo.

Las "vacunas" de Covid están eliminando proteínas de pico letales a través de "nanopartículas que penetran la piel". Nuevos documentos muestran que apenas 18 meses antes de que aparecieran los primeros casos de Covid-19, los investigadores habían presentado planes para liberar nanopartículas que penetran en la piel y que contienen "nuevas proteínas quiméricas de pico" de coronavirus de murciélago en murciélagos de cueva en Yunnan, China. También planearon crear virus quiméricos, mejorados genéticamente para infectar a los humanos más fácilmente, y solicitaron 14 millones de dólares a la Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada de Defensa (Darpa) para financiar el trabajo. Los documentos, confirmados como genuinos por un ex miembro de la administración Trump, muestran que esperaban introducir "sitios de escisión específicos para

humanos" para los coronavirus de murciélagos, lo que facilitaría la entrada del virus en las células humanas.

"Vacunas" autotransmisibles

Tampoco debemos olvidar que hace tiempo que se lleva trabajando en "vacunas" que se autotransmiten como una enfermedad, sin necesidad física de "vacunar" (1) (2), lo cual, hace todavía más probable que la transmisión de esa proteína, sea real.

Durante dos décadas, los científicos han estado desarrollando silenciosamente vacunas contagiosas que se propagan por sí mismas. ***El NIH financió una investigación, en la que el ADN de un patógeno mortal se empaqueta en un virus contagioso pero menos dañino, o la letalidad del virus mortal se debilita al diseñarlo en un laboratorio***.

Las "vacunas" resultantes se propagan de una persona a otra como un virus respiratorio contagioso. ***Solo sería necesario inmunizar al 5% de las poblaciones regionales***; el otro noventa y cinco por ciento "atraparía" la vacuna a medida que se propaga de persona a persona a través de la transmisión comunitaria.

Los científicos ya han demostrado una prueba de concepto en poblaciones animales: en 2000, investigadores españoles inyectaron setenta conejos con una vacuna transmisible y los devolvieron a la naturaleza, donde rápidamente transmitieron la vacuna a cientos más, lo que supuestamente detuvo un brote viral. Los países europeos ahora están probando la tecnología en cerdos.

A raíz de la supuesta pandemia Covid, alrededor de una docena de instituciones de investigación en los EE. UU., Europa y Australia están investigando los posibles usos humanos de las vacunas autopropagables. La Agencia Federal de Proyectos de Investigación Avanzada de Defensa (DARPA, por sus siglas en inglés), por ejemplo, está examinando esta tecnología para que el ejército de los EE. UU. proteja contra la fiebre de Lassa de África occidental, un virus que las ratas transmiten a los humanos.

En 2019, el gobierno del Reino Unido comenzó a explorar esta tecnología para abordar la gripe estacional. Un artículo de investigación del Departamento de Salud y Atención Social de Gran Bretaña aconsejó que los estudiantes universitarios podrían ser un grupo objetivo obvio.

Los investigadores admitieron que ***una vacuna contagiosa para un virus de la gripe atenuado causaría algunas muertes***, pero estimaron que serían menos que el virus de la gripe original. Como describe el informe del gobierno del Reino Unido: "Las vacunas que se propagan por sí mismas son menos letales pero no no letales: aún pueden matar. ***Morirán algunas personas que de otro modo habrían vivido***, aunque mueren menos personas en general".

Investigación financiada por el gobierno de virus creados en laboratorio para crear vacunas contagiosas que se propaguen por sí mismas y que eviten el consentimiento de los ciudadanos, ¿qué puede salir mal?

Filippa Lentzos y Guy Reeves escribieron recientemente sobre las vacunas de autopropagación para el Boletín de los Científicos Atómicos:

"Un pequeño, pero creciente número de científicos piensa que es posible explotar las propiedades de autopropagación de los virus y usarlas para propagar la inmunidad en lugar de la enfermedad. ¿Podemos vencer a virus como el SARS-CoV-2, el [coronavirus de Wuhan], en su propio juego?", escribieron. "Durante al menos 20 años, los científicos han estado experimentando con tales vacunas de autopropagación, un trabajo que continúa hasta el día de hoy, y que ha ganado la atención del ejército de los Estados Unidos".

Como señalaron Lentzos y Reeves, las vacunas de autopropagación son esencialmente "virus genéticamente modificados" que pueden propagarse fácilmente a través de las poblaciones de la misma manera que otras enfermedades infecciosas.

"Construidas sobre el chasis de un virus benigno, las vacunas tienen material genético de un patógeno agregado a ellas que estimula la creación de anticuerpos o glóbulos blancos en huéspedes 'infectados'".

Lentzos y Reeves señalaron que una vez que se liberen las vacunas de autopropagación, los científicos que las desarrollan ya no tendrán el control de ellas ni del virus que supuestamente se creó para combatir las vacunas.

"Podría mutar, como lo hacen naturalmente los virus. Puede saltar especies. Cruzará fronteras", escribieron Lentzos y Reeves. "Habrá resultados inesperados y consecuencias no deseadas. Siempre los hay".

Lentzos y Reeves advirtieron que la tecnología de la vacuna de autopropagación podría combinarse aún más con los avances en farmacogenómica, desarrollo de medicamentos y medicina personalizada.

"***En conjunto, estas líneas de investigación podrían ayudar a permitir una guerra biológica ultra dirigida***", escribieron.

Con la evidencia apareciendo en las redes sociales de proteínas Spike y de grafeno o derivados suyos en las inyecciones antiCovid que se transmiten de los "vacunados" a los "no vacunados", muchos han expresado su incredulidad de que esto sea posible, no obstante, si bien este concepto puede ser nuevo para nosotros, no lo es para quienes han desarrollado los sueros experimentales.

Las personas en muchos países del mundo son técnicamente libres de elegir no "vacunarse" contra la Covid-19. Aunque algunos gobiernos han tomado medidas para hacer la vida muy difícil, si no imposible, para las personas que no quieren ser "vacunadas", muchas personas han podido ejercer su libertad de salud y

evitar los efectos negativos asociados con las “vacunas”. Desafortunadamente, esa opción podría eliminarse por completo con el desarrollo de vacunas autopropagables.

Una de las primeras menciones, durante la era de Covid, de que las vacunas de autopropagación podrían usarse para detener una pandemia de coronavirus fue el 31 de enero de 2020 en el Telegraph:

“Sin embargo, si se encuentra una cura, el ritmo al que se distribuya será crucial. Se está desarrollando una gama de tecnologías para acelerar la entrega de medicamentos vitales.

“Una de esas tecnologías son las vacunas autopropagables, mediante las cuales la cura se propaga entre la población de la misma manera que lo haría un virus”.

"Más vale prevenir que curar, por lo que deberíamos comenzar a usar técnicas genéticas para evitar que las enfermedades animales peligrosas salten a los humanos", escribió New Scientist, agosto de 2020, en un artículo que muestra con orgullo el titular: 'Ahora tenemos la tecnología para desarrollar vacunas que propagarse'”.

En un artículo de septiembre de 2020 titulado “Cura del coronavirus: los científicos planean una extraña 'vacuna autopropagadora' para luchar contra la pandemia”, el Express advirtió sobre las consecuencias dañinas no deseadas de las vacunas autodiseminadas: "existen temores de que los virus modificados genéticamente puedan desarrollar mutaciones que hagan perjudiciales para las poblaciones humanas y de vida silvestre”. El artículo continúa explicando que:

“Una forma rentable de permitir que una vacuna se propague ‘naturalmente’ en todo el mundo sin la necesidad de desarrollar miles de millones de dosis de una vacuna para distribuir la inyección del vial… implica la reingeniería de un ‘virus benigno’ agregando material genético del patógeno coronavirus e infectando grandes cantidades de poblaciones de embalses.

“Para lograr que un virus modificado genéticamente se “propaga por sí mismo”, los científicos primero deben inocular directamente a una pequeña población por vía intravenosa. La pequeña población luego continuará propagando el virus aeróbicamente.

“Pero, el proceso de fabricación de un virus para propagar una vacuna que protege la salud humana podría distorsionarse fácilmente para desarrollar uno que cree un virus humano letal que se propague rápidamente por todo el mundo”.

“Científicos sudafricanos desarrollaron una vacuna contra la fertilidad para atacar a ciertas poblaciones durante la era del apartheid. La siniestra investigación recibió el nombre en código de Project Coast.

"La Comisión de la Verdad y la Reconciliación posterior al apartheid de Sudáfrica fue informada por los científicos detrás de la investigación de que el proyecto

estaba en línea con los intentos de la Organización Mundial de la Salud de controlar el auge de la población mundial".

Sudáfrica no es el único país que está sujeto a ingredientes secretos en "vacunas" que causan infertilidad. En 2014, la OMS y UNICEF fueron sorprendidos in fraganti administrando "vacunas contra el tétanos" mezcladas con agentes esterilizantes a niñas y mujeres en Kenia.

Esta no es la primera vez que esto sucede, escribió African Globe, aparentemente hay un programa internacional bien coordinado para usar vacunas para esterilizar en secreto a mujeres en países pobres de todo el planeta.

Si los despoblacionistas no están satisfechos con su progreso en las "vacunas" contra la fertilidad, ¿cómo cree que podrían usar sus "vacunas" para acelerar su agenda?

Las ambiciones de inyectar "vacunas" de autodifusión no terminan con la Covid. Como escribió el New Scientist hace unos meses: "la tecnología para desarrollar vacunas transmisibles ahora existe. Ahora se están realizando esfuerzos para desarrollar prototipos para varios patógenos humanos importantes, como los virus Lassa y Ébola".

Puede sonar exagerado, pero las vacunas que están diseñadas para propagarse de un individuo a otro, de la misma manera que lo hacen los virus, en lugar de tener que inyectarse en cada persona, son una realidad. Significa que los gobiernos solo necesitarían persuadir a un pequeño porcentaje de la población para que se vacune, y luego todos los demás esencialmente "contagiarían" la vacuna a medida que se propaga entre la población a través de gotitas en el aire de la misma manera que se propagan los resfriados y la gripe.

Un enfoque que se está explorando es diseñar una forma muy leve de cualquier virus contra el que los científicos deseen protegerse en un laboratorio, asegurándose de que sea lo suficientemente contagioso para infectar a una proporción significativa de la población lo suficientemente rápido como para que el sistema inmunológico de la mayoría de las personas comience a producir anticuerpos que puedan defenderse. fuera del virus. Sin embargo, debe ser lo suficientemente débil para evitar causar los efectos en la salud del virus con toda su fuerza.

Otra opción es empaquetar algo de ADN del peligroso patógeno al que los científicos están apuntando dentro de un virus existente altamente contagioso pero relativamente inofensivo, como el virus que causa el resfriado común.

Hay muchas razones para desconfiar de este enfoque. Si bien los defensores afirman que puede brindar protección a muchas personas en un corto período de tiempo y reducir la cantidad de dosis de vacunas que se deben producir, es importante tener en cuenta que, como todas las vacunas, las vacunas autopropagables aún tienen el poder de matar gente. Un documento de 2019 del Departamento de Salud y Atención Social del Reino Unido dijo que con tales

vacunas, "algunas personas morirán que de otro modo habrían vivido, aunque menos personas mueren en general".

Esto nos lleva a uno de los mayores problemas de la vacuna: la mayoría de los pacientes que finalmente la reciben no habrán dado su consentimiento. Desafortunadamente, ya hay un precedente para este tipo de cosas. Por ejemplo, la fluoración del agua potable puede ayudar a prevenir la caries dental, y se ha hecho con el agua de muchos estadounidenses sin su consentimiento, lo que los pone en riesgo de sufrir otros problemas de salud relacionados con el fluoruro y les niega la libertad de hacer su propio riesgo versus evaluación de la recompensa.

También existe la posibilidad de que los virus debilitados muten a formas más potentes cuando son libres de propagarse entre la población. Además, la ciencia utilizada en las vacunas autopropagables podría ser secuestrada por individuos o grupos nefastos para crear armas biológicas. Incluso probar este tipo de vacunas tiene el potencial de acabar con la humanidad dada la rapidez con la que están diseñadas para propagarse.

Un informe de National Geographic indica que los científicos ahora están trabajando en "vacunas que se auto propagan" que pueden saltar de poblaciones vacunadas a no vacunadas.

El artículo indica que estas "nuevas vacunas o los llamados virus recombinantes" se desarrollan a través de un proceso mediante el cual los investigadores "primero identifican una proteína del microbio objetivo que sirve como antígeno, una sustancia que desencadena respuestas inmunitarias en personas o animales vacunados". Luego, los investigadores "seleccionan un virus para llevar la vacuna y la propagan".

Esto se logra capturando "algunos animales de su población objetivo (primates para el ébola, ratas para la fiebre de Lassa", etc.) y aislando un virus que infecta naturalmente a esos animales. Luego, los investigadores empalman el material genético del "objetivo para crear una vacuna".

Si bien el artículo no mencionó la investigación sobre la ganancia de función, según el investigador de la Universidad de Columbia, el Dr. Vincent Racaniello, quien no fue mencionado en el artículo de National Geographic, "otra forma de hacer investigación sobre la ganancia de función es usar tecnología de ADN recombinante para diseñar cambios en el genoma del organismo. En experimentos realizados en mi laboratorio, tomamos una pequeña parte del genoma de la cepa de poliovirus Lansing adaptada a ratones, que codifica solo ocho aminoácidos, y la empalmamos en el genoma de otro poliovirus que no puede infectar a los ratones. El virus recombinante de este experimento tenía una nueva propiedad: la capacidad de infectar ratones. Este experimento también se clasificaría como GoF".

El artículo de National Geographic indica que la tecnología emergente utiliza citomegalovirus (CMV), que proviene de un grupo de virus pertenecientes a la familia de los herpes. Estos virus permanecen en su huésped de por vida.

Considerablemente, las implicaciones éticas de inocular a una población sin el consentimiento expreso sería una violación de la Convención de Ginebra de 1949, que establece que "la mutilación y los experimentos médicos o científicos que no sean necesarios para el tratamiento médico de una persona protegida" están prohibidos.

"Una vez que colocas algo diseñado y autotransmisible en la naturaleza", advirtió Jonas Sandbrink, investigador de bioseguridad de la Universidad de Oxford, "no sabes qué le sucede ni a dónde irá". "Incluso si comienzas por establecerlo en poblaciones animales, parte de los elementos genéticos podrían encontrar el camino de regreso a los humanos".

A pesar de las objeciones éticas a una vacuna que se propaga por sí misma, en 2016 resurgió el interés renovado en la tecnología.

Dentro de este apartado, también podríamos hablar de otro tipo de "autopropagación" en las vacunas:

La Fundación Nacional de Ciencias ha invertido hasta ahora medio millón de dólares en ***investigar cómo aplicar las "vacunas" antiCovid de ARNm en su ensalada y otros vegetales, supuestamente para que las personas que*** dudan ***en obtenerlas de la manera convencional las obtengan de todos modos***.

Es decir, ***la*** obtendrá ***con solo comer sus vegetales, en especial, lechuga***. "***Se planea que una sola planta produzca suficiente ARNm para vacunar a una sola persona***", dijo el profesor de botánica y ciencias de las plantas, Juan Pablo Giraldo.

Sin embargo, la lechuga no es el único método que los científicos tienen en mente para administrar vacunas, ya que ***también*** consideran ***las espinacas y los tomates como posibles alimentos que esperan que consuma o cultive en su jardín y después consuma, lo que mejorará la "vacuna" con cada bocado***. Si no le gusta la lechuga, no se preocupe ya que ***también*** consideran ***el arroz, el maíz y las papas para aplicarle a las personas la "vacuna" antiCovid***, así como la del ébola y la del norovirus.

Cancelación de la proteína Spike

Todos hemos sido bombardeados con la narrativa del miedo al supuesto virus, pero debemos recordar que ***no existe ninguna evidencia científica clara de aislamiento; el SARS-CoV-2 solo*** existe ***en una base de datos viral digital. No hay una muestra aislada de SARS-CoV-2 de la vida real*** como ya he mencionado al principio de este informe.

Cuando hablo de las proteínas de pico a continuación, no estoy hablando de las proteínas de pico de un virus abstracto. Me refiero a las proteínas de pico que nuestro cuerpo ha sido instruido genéticamente para producir (si nos inyectamos). Debemos recordar que los diversos sueros disponibles en el

mercado reconfiguran nuestros genes para que produzcan proteínas de pico (ya sea a través de ARNm, en el caso de Pfizer y Moderna, o mediante un adenovirus, en el caso de AstraZeneca y Johnson & Johnson). Estas proteínas de pico que produce nuestro cuerpo se unen a nuestros receptores ACE2. Causan estragos de muchas formas como ya hemos visto.

Algunos de los remedios que se enumeran a continuación son para desintoxicar estas proteínas de pico de fabricación propia:

Hay una gran cantidad de soluciones naturales fácilmente adquiribles para reducir la carga de proteínas de pico de su cuerpo. Algunos "inhibidores de la unión a proteínas" inhiben la unión de la proteína de pico a las células humanas, mientras que otros neutralizan la proteína de pico para que ya no pueda causar daño a las células humanas.

Inhibidores de proteína espiga. Prunella vulgaris, agujas de pino, emodina, neem, extracto de hoja de diente de león, ivermectina.

Neutralizadores de proteína espiga. N-acetilcisteína (NAC), glutatión, té de hinojo, té de anís estrellado, té de agujas de pino, hierba de San Juan, hoja de consuelda, vitamina C.

Se ha demostrado que la ivermectina se une a la proteína de pico, lo que potencialmente la vuelve ineficaz para unirse a la membrana celular.

Varias plantas que se encuentran en la naturaleza, incluidas las agujas de pino, el hinojo, el anís estrellado, la hierba de San Juan y la hoja de consuelda, contienen una sustancia llamada ácido shikímico, que puede ayudar a neutralizar la proteína de pico. El ácido shikímico puede ayudar a reducir varios posibles efectos dañinos de la proteína de pico y se cree que contrarresta la formación de coágulos de sangre.

Las dosis orales regulares de vitamina C son útiles para neutralizar cualquier toxina. El té de agujas de pino tiene poderosos efectos antioxidantes y contiene altas concentraciones de vitamina C.

La natokinasa, una enzima derivada del plato de soja japonés "Natto", es una sustancia natural cuyas propiedades pueden ayudar a reducir la aparición de coágulos sanguíneos.

Se ha propuesto que ***grandes concentraciones de proteína de pico pueden unirse a nuestros receptores ACE2 y "sentarse allí" de manera efectiva, bloqueando el funcionamiento regular de estos receptores en diferentes tejidos. La interrupción de estos receptores se ha asociado con una multitud de efectos adversos a través del funcionamiento alterado de los tejidos. Si las proteínas de pico se unen a la pared celular y "se quedan quietas", podrían hacer que el sistema inmunológico ataque las células sanas y posiblemente desencadenar una enfermedad autoinmune. La proteína de pico***

podría unirse a los receptores ACE2 ubicados en las plaquetas sanguíneas y las células endoteliales que recubren los vasos sanguíneos, lo que puede provocar sangrado o coagulación anormales, los cuales están relacionados con la trombocitopenia trombótica inducida por vacunas (VITT). Por tanto, ***es importante también desintoxicar dichos receptores y ayudar a protegerlos***. Algunas sustancias que lo hacen de forma natural son: ivermectina (la evidencia sugiere que la unión de la ivermectina al receptor ACE2 evita que la proteína de pico se una a él), hidroxicloroquina (con zinc), quercetina (con zinc) o fisetin.

La interleucina 6, o IL-6, es una proteína de citoquina principalmente proinflamatoria. Esto significa que el cuerpo lo produce naturalmente en respuesta a una infección o daño tisular e inicia la respuesta inflamatoria. Algunas sustancias naturales ayudan al proceso de desintoxicación posterior a la inyección al dirigirse a la interleucina-6. Las citoquinas proinflamatorias como la IL-6 también se expresan después de la "vacunación" y los estudios sugieren que pueden llegar al cerebro.

Las siguientes listas de sustancias naturales, incluidos varios complementos alimenticios antiinflamatorios básicos, se pueden utilizar para prevenir los efectos adversos de la IL-6 al inhibir su acción.

Inhibidores de IL-6 (antiinflamatorios). Boswellia serrata (incienso) y extracto de hoja de diente de león.

Otros inhibidores de IL-6. Comino negro (Nigella sativa), curcumina, aceite de pescado y otros ácidos grasos, canela, fisetina (flavonoide), apigenina, quercetina (flavonoide), resveratrol, luteolina, vitamina D3 (con vitamina K), zinc, magnesio, té de jazmín, especias, hojas de laurel, pimienta negra, nuez moscada y salvia.

En la terapia antiviral se utilizan varias sustancias naturales de origen vegetal. Se ha demostrado que el pigmento vegetal quercetina muestra una amplia gama de efectos antiinflamatorios y antivirales. Se ha demostrado que el zinc funciona como un potente antioxidante que protege al cuerpo del estrés oxidativo, un proceso asociado con el daño del ADN, el exceso de inflamación y otros efectos dañinos.

La furina es una enzima que divide las proteínas y las activa biológicamente. Se ha demostrado que la furina separa la proteína de pico y, por lo tanto, permite que el supuesto virus ingrese en las células humanas. Hay un sitio de división de furina en la proteína de pico Covid, que se cree que hace que el supuesto virus sea más infeccioso y transmisible. Los inhibidores de furina actúan previniendo la división de la proteína de pico. Hay sustancias que inhiben naturalmente la furina: rutina, limoneno, baicalein o hesperidina.

La serina proteasa es una enzima. La inhibición de la serina proteasa puede prevenir la activación de la proteína de pico. Hay varias sustancias que inhiben de forma natural la serina proteasa y pueden ayudar a reducir las proteínas de pico en el cuerpo: té verde, tubérculos de papa, alga verde azul, soja, N-acetilcisteína (NAC) o boswellia (incienso).

Dióxido de cloro (ClO_2, MMS)

En una entrevista reciente con Sarah Westall, el Dr. Joe Nieusma, quien tiene un doctorado en toxicología, analiza las posibles formas de desintoxicarse de la inyección antiCovid. Pasa bastante tiempo discutiendo los méritos del dióxido de cloro (abreviatura química ClO_2) que ha sido comercializado por Jim Humble como Miracle Mineral Solution (MMS) durante algún tiempo. Humble tuvo un gran éxito al ayudar a las personas con malaria en África. Otras afirmaciones que se le atribuyen son que puede ayudar con la hepatitis A, B y C, el herpes, la tuberculosis, el sida y el cáncer. Recientemente, el Dr. Andreas Kalcker se ha hecho conocido por recomendarlo para combatir la Covid en sí (lo que sea que usted crea que realmente es el Covid).

El Dr. Nieusma señala un estudio de junio de 2021 que concluyó que el ClO_2 podría detener la unión de la proteína de pico (de la "vacuna" falsa antiCovid) a los receptores de la enzima convertidora de Angiotensina 2 (ACE2):

Para los que saben poco o nada sobre el ClO_2, veamos algunos datos básicos. El ClO_2 es muy diferente a la lejía, los compuestos de cloro o el cloro solo. El cloro mata por cloración mientras que el dióxido de cloro mata por oxidación. Esa es una gran diferencia, porque la cloración termina haciendo que las moléculas sean tóxicas para el cuerpo humano. El ClO_2 es un oxidante que extrae electrones de las moléculas patógenas, debilitándolos y descomponiéndolos; sin embargo, es un oxidante débil, a diferencia del oxígeno (O_2), el ozono (O_3) y el peróxido de hidrógeno (H_2O_2) que son oxidantes fuertes. El ClO_2 no tendrá ningún efecto sobre las células y moléculas sanas fuertes que son alcalinas, pero desgarrará las moléculas ácidas débiles. El ClO_2 no tiene subproductos, puede usarse como desinfectante y es efectivo contra bacterias formadoras de esporas como el ántrax que se esconden dentro del biofilm de su cuerpo (donde otros remedios no pueden llegar). La biopelícula es una capa delgada de bacterias que se forma dentro de una matriz de limo pegajoso, generalmente en superficies en contacto con el agua. La biopelícula protege a los microorganismos (como la listeria), por lo que los remedios como el ClO_2 son extremadamente útiles para la desintoxicación.

Suramina

Parece ser un remedio desintoxicante muy importante para la inyección antiCovid ya que inhibe y previene la coagulación de la sangre y la replicación no deseada del ADN / ARN, dos de los peores efectos de los sueros. En la entrevista anterior, el Dr. Nieusma señala que la suramina es estructuralmente similar a la ivermectina.

La doctora Judy Mikovitz afirma que el antídoto perfecto para las "vacunas" y la proteína Spike, es la suramina:

Disminuye aún más las actividades de una gran cantidad de enzimas involucradas en la síntesis y modificación de ADN y ARN, es decir, inhibe la replicación y modificación inapropiadas de ARN y ADN. También muestra efectos inhibidores contra los componentes de la cascada de la coagulación. La coagulación excesiva causa coágulos sanguíneos, minicoágulos, derrames cerebrales y ciclos menstruales inusualmente abundantes. Esta es la razón por la que tantas personas mueren hoy de coágulos de sangre después de recibir el suero, y por qué otras ahora muestran hematomas inexplicables después de entrar en contacto con alguien que ha tomado el suero.

Las agujas de pino frescas de árboles apropiados se han utilizado durante siglos como fuentes de vitamina C y otros fitoquímicos que los nativos americanos usaban para tratar infecciones respiratorias y otras dolencias. La vitamina C es una cura conocida para el escorbuto, ya que el escorbuto es una enfermedad por deficiencia de vitamina C. Las agujas de pino contienen muchas otras sustancias que parecen reducir la agregación plaquetaria en la sangre, previniendo potencialmente los coágulos de sangre que conducen a accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos y diagnósticos de embolia pulmonar.

Las agujas de pino contienen ácido shikímico, la misma molécula que se encuentra en la hierba de anís estrellado utilizada en la medicina tradicional china para tratar plagas y enfermedades respiratorias. "El ácido shikímico, cuando se separó por HPLC, mostró un efecto inhibidor dependiente de la dosis sobre la agregación plaquetaria inducida por el difosfato de adenosina y el colágeno en conejos. Debido al contenido relativamente alto y la buena actividad antiagregante plaquetaria del ácido shikímico, las agujas de pino de Masson pueden usarse como una fuente potencial de ácido shikímico". El té de agujas de pino proporciona un beneficio debido al hecho de que es un extracto suave directo de toda la hierba que deja muchas de sus propiedades intactas que podrían ser destruidas por el calor excesivo durante la destilación y la disección posterior de sus muchos componentes nutritivos. El té de pino, abeto, cedro y aguja de abeto puede terminar siendo la forma más fácil de obtener los numerosos beneficios de los árboles de hoja perenne, junto con una protección natural contra las replicaciones poco saludables de las proteínas Spike en la actualidad.

El ácido shikímico muestra eficacia como molécula antiviral que también inhibe la replicación viral en el cuerpo. También se ha demostrado que los derivados del ácido shikímico exhiben una actividad biológica útil. En particular, el conocido medicamento antiviral oseltamivir (Tamiflu), que actúa como inhibidor de la neuraminidasa viral, se usa para tratar la influenza estacional y se ha utilizado durante los brotes de influenza H1N1. Además, se ha demostrado que los análogos de shikimato fluorados inhiben P. falciparum y se han probado como fármacos antipalúdicos. Además, algún derivado de ácido shikímico muestra un comportamiento anticanceroso, antivírico y antibiótico, y el ácido triacetilsiquímico exhibe actividad anticoagulante y antitrombótica.

El resultado de todo esto es que una posible "cura" para la Covid, o al menos una defensa contra la transmisión de la enfermedad, parece haber sido proporcionada por la madre naturaleza y está disponible en varios continentes.

Aceite de semilla de negro

El aceite de semilla negra es otro gran suplemento y remedio natural que puede ayudar con la desintoxicación. Según el Dr. Nieusma, se une a las proteínas de pico antes de que se unan a los receptores ACE2 de su cuerpo. También previene la inflamación y las temidas tormentas de citocinas que han sido responsables de algunos efectos de los sueros.

Antioxidantes

Después de estos 3 suplementos, el Dr. Nieusma enumera algunos otros. Él recomienda C60 (carbono 60) para controlar el estrés oxidativo y la inflamación, lo cual tiene sentido, ya que C60 es conocido como el antioxidante más fuerte del mundo. También recomienda glutatión, que es el antioxidante principal del cuerpo humano, capaz de prevenir el daño celular a través de especies reactivas de oxígeno como radicales libres, peróxidos, peróxidos de lípidos y metales pesados. Aumentar el glutatión es una táctica clara y obvia para la desintoxicación y la buena salud. Algunas formas fáciles de hacer esto son hacer ejercicio con regularidad, dormir bien, tener altos niveles de vitamina C y D y comer alimentos como verduras sulfurosas, aguacate, espinacas, espárragos, quingombó, proteína de suero y cúrcuma. También puede aumentar el glutatión a través de suplementos como NAC, DMG (dimetilglicina) y cardo mariano.

El Dr. Nieusma también menciona el ozono como un método de desintoxicación de inyecciones antiCovid, pero no da detalles sobre cómo usarlo.

Un artículo informó de que ciertos anticuerpos en la sangre de pacientes infectados parecen cambiar la forma de la proteína de punta para hacer que sea más probable que se una a las células. Mientras que otros artículos mostraron que la proteína de pico por sí misma (sin ser parte del virus corona) puede dañar las células endoteliales y alterar la barrera hematoencefálica. Estos hallazgos pueden ser aún más relevantes para la patogenia del síndrome de Covid prolongado que puede afectar hasta al 50% de las personas infectadas con SARS-CoV-2. En Covid-19, se requiere una respuesta al estrés oxidativo aumentando las enzimas antioxidantes. En este sentido, se sabe que los polifenoles son antioxidantes naturales con múltiples efectos sobre la salud. Por lo tanto, existen aún más razones para intervenir con el uso de compuestos antioxidantes, como la luteolina, además de los medicamentos antiinflamatorios disponibles para prevenir las acciones nocivas de la proteína de pico.

Diente de león

Un estudio universitario alemán descubrió que el diente de león (Taraxacum officinale) puede bloquear la unión de las proteínas de la espiga a los receptores de la superficie celular ACE2 en las células pulmonares y renales humanas, es

decir, es capaz de bloquear a la proteína espiga. El extracto acuoso de diente de león, obtenido a partir de las hojas secas de la planta, fue eficaz contra la proteína de la espiga D614 y una variedad de cepas mutantes, incluyendo D614G, N501Y, K417N y E484K. Existen otros trabajos según los cuales hay otros compuestos naturales que también impedirían ese acoplamiento: la nobiletina y la neohesperidina (flavonoides presentes sobre todo en limones, naranjas y mandarinas), la glicirricina (principio activo de la raíz de regaliz), la punicalagina (se encuentra en la cáscara de las granadas) y el ácido elágico (presente en muchas plantas).

El Dr. Joseph Mercola, también ha hablado sobre posibles métodos:

"Yo creo que lo mejor que puede hacer es desarrollar su sistema inmunológico innato. Para hacer eso, necesita ser metabólicamente flexible y optimizar su alimentación. También debe **asegurarse de que su nivel de vitamina D se encuentre entre 60 ng/mL y 80 ng/mL (100 nmol/L a 150 nmol/L)**.

Le recomiendo comer con restricción de tiempo, que es un régimen donde come todas sus comidas del día dentro de un período de seis a ocho horas. La alimentación con restricción de tiempo regulará ascendentemente la autofagia, lo que **podría ayudar a digerir y eliminar la proteína Spike**. Evite todos los aceites vegetales y alimentos procesados. Concéntrese en alimentos orgánicos certificados para minimizar su exposición al glifosato.

La terapia de sauna también puede ser muy efectiva, ya que regula ascendentemente las proteínas de choque térmico, que pueden ayudar a replegar las proteínas mal plegadas. También ataca a las proteínas dañadas y las elimina".

Uno de los mayores problemas observados hasta ahora con respecto a las "vacunas" antiCovid-19, es el hecho de que causan una grave coagulación de la sangre y "grumos" en algunas personas. La buena noticia es que existe una forma de combatir este daño cardiovascular mediante la ozonoterapia.

El Dr. Thomas E. Levy, MD, JD, publicó recientemente un artículo en el Servicio de Noticias de Medicina Ortomolecular (OMNS) que explica cómo ***los tratamientos con ozono pueden "cancelar la proteína de pico" introducida por las inoculaciones***. La evidencia visual que presenta, ver a continuación, es realmente impresionante:

Como puede ver en la primera imagen, las células sanguíneas del paciente están todas coaguladas debido a haber sido envenenadas por las "vacunas" antiCovid. La segunda imagen, comparativamente, muestra esas mismas células sanguíneas ajustadas de nuevo a su estado normal después del tratamiento. Ambas imágenes son de células sanguíneas analizadas de una mujer de 62 años que recibió una inyección.

Ahora, observe las siguientes dos imágenes de células sanguíneas de otro paciente. En este caso, un joven recibió una "vacuna" contra la Covid-19 y 15

días después desarrolló lo que se muestra en la primera imagen: una coagulación de sangre grave incluso más inquietante que las imágenes anteriores. Después de recibir ozonoterapia, sus células sanguíneas se normalizaron para convertirse en lo que se muestra en la segunda imagen.

"**En condiciones de inflamación y estrés oxidativo aumentado sistémicamente, los glóbulos rojos (glóbulos rojos) pueden agregarse en diversos grados, a veces pegándose como pilas de monedas con ramificaciones de las pilas que se observan cuando la adherencia es máxima"**, escribe Levy.

"**Esto se conoce como formación de rouleaux de los glóbulos rojos**. Cuando esta formación de rouleaux es pronunciada, se observa un aumento de la viscosidad (espesor) de la sangre y una mayor resistencia al flujo normal y sin obstáculos de la sangre, especialmente en la microcirculación".

La científica Seneff y sus colegas están solicitando prácticas de investigación y vigilancia para monitorear los eventos adversos relacionados con las "vacunas" de ARNm, así como para rastrear los efectos biológicos a través de pruebas como el dímero D, el fibrinógeno y la proteína C reactiva.

Por suerte existen formas de ayudar a desintoxicarse de las "vacunas" antiCovid-19. Lo que es más importante de acuerdo con Seneff, es seguir una alimentación con alimentos enteros orgánicos certificados para evitar el glifosato y otras sustancias químicas en los alimentos. Además, concéntrese en seguir una alimentación que contenga nutrientes junto con alimentos ricos en azufre como cebollas, ajo y vegetales crucíferos, así como huevos orgánicos, carne de res de animales alimentados con pastura y mariscos, con muchas frutas y vegetales coloridos. Además, la científica Seneff recomienda exponer la piel y los ojos de manera regular a los rayos del sol, lo que ayuda a producir vitamina D y sulfato.

El Dr. Marik analiza cómo la coagulación es un problema importante con Covid y cómo reducir la replicación viral a través del tratamiento temprano para limitar la cantidad de proteína de pico que tiene.

El fármaco atenúa la replicación viral y "se une" a la proteína espiga, lo que limita la cantidad de daño que pueden causar estas partículas tóxicas.

Ahora resulta que la ivermectina también se puede usar para mitigar los efectos dañinos de las "vacunas" de ARNm, como el ex ciclista profesional Kyle Warner relata al Dr. John Campbell. Kyle fue un atleta profesional hasta su segunda dosis con Pfizer. Nueve meses más tarde, su ritmo cardíaco todavía salta hasta 130 si se esfuerza. Entre las cosas que ha encontrado que ayudan está la ivermectina.

Según esta publicación, cuando se trata de prevenir y/o tratar una lesión derivada de la inyección antiCovid, hay cinco componentes tóxicos que deben abordarse: ***toxicidad de la proteína de pico, PEG, inflamación del nanolípido, óxido de grafeno y nanotoxicidad***.

Cada uno de estos puede ser modulado en una variedad de formas. "Es por eso que tenemos que usar un menú completo de cosas cuando tratamos una reacción a la 'vacuna' Covid", dice la Dra. Michelle Perro.

Una herramienta clave en el arsenal de tratamiento de la doctora son las terapias de unión a proteínas como la ivermectina y la hidroxicloroquina.

Además de la ivermectina y la hidroxicloroquina para unirse ***a la proteína de pico tóxico, y la quercetina y el zinc para*** estimular ***la función inmunológica***, Perro también usa los siguientes remedios para la prevención y el tratamiento de la supuesta Covid-19, y la prevención y el tratamiento de las lesiones provocadas por las "vacunas" Covid.

También recomienda recibir mucho sol, ya que los rayos infrarrojos, especialmente el espectro infrarrojo cercano, desencadenan la producción de melatonina en las mitocondrias. La melatonina es un potente antioxidante y aumenta el glutatión, que es crucial para una desintoxicación eficiente. La melatonina también aumenta la eficiencia mitocondrial y la producción de energía en forma de ATP.

Comer productos orgánicos es clave, ya que también se ha demostrado que los OMG reducen el glutatión, el antioxidante principal, y aumentan el estrés oxidativo, que es la base de todas las enfermedades crónicas. Si es propenso a las quemaduras solares, podría ser una señal de que está comiendo demasiados aceites de semillas con alto contenido de ácido linoleico (LA), por lo que para reducir su tendencia a quemarse, elimine todos los aceites de semillas de su dieta.

Eso incluye alimentos de restaurante, alimentos procesados y condimentos en particular, pero también pollo y cerdo criados de manera convencional. Una dieta muy baja, prácticamente sin aceite de semilla, es probablemente una de las mejores maneras de prevenir las quemaduras solares, así como las enfermedades degenerativas crónicas, incluidas las enfermedades cardíacas y el cáncer. Agregar más vitamina C de alimentos integrales también puede ser útil para prevenir las quemaduras solares. La cereza acerola (cereza de Barbados) contiene algunas de las cantidades más altas de vitamina C.

Otros remedios útiles incluyen enzimas fibrinolíticas como lumbroquinasa, NAC, té de agujas de pino, curcumina, zeolita y homeopáticos específicos para los síntomas.

SÍNDROME POSVACUNAL

Para el desarrollo de este apartado, ***me he basado exclusivamente en tres publicaciones interrelacionadas*** (1) (2) (3) (***por tanto, no pondré hipervínculos en el texto y citaré textualmente lo que en ellas se muestra***) debido a lo completa que está la información que en ellas se recoge:

El protocolo al que hacen referencia, está destinado principalmente a ayudar a los profesionales de la salud a brindar la atención médica adecuada a los pacientes

lesionados por vacunas. Los pacientes siempre deben consultar a su proveedor de atención médica antes de embarcarse en cualquier tratamiento nuevo. Fue un esfuerzo de colaboración basado en la experiencia de una docena de médicos de renombre mundial. El Dr. Pierre Kory y el Dr. Paul Marik agradecen las contribuciones de: Dr. Keith Berkowitz; Dr. Flavio Cadegiani; Dra. Suzanne Gazda; Dra. Meryl Nass; la Dra. Tina Peers; la Dra. Robin Rose; Dr. Yusuf (JP) Saleeby; Dr. Eugene Shippen; Dr. Mobeen Syed; y el Dr. Fred Wagshul.

Lo que se recoge en dicho protocolo es lo siguiente:

Aunque no existe una definición oficial para el síndrome post-vacuna Covid-19, una correlación temporal entre un paciente que recibe una "vacuna" Covid-19 y el comienzo o empeoramiento de las manifestaciones clínicas es suficiente para diagnosticar una lesión inducida por la "vacuna" Covid-19, cuando los síntomas son no explicada por otras causas concurrentes.

Dado que los ensayos clínicos de Fase 3 y Fase 4 aún están en curso, no se puede determinar completamente el perfil completo de seguridad y toxicidad de las vacunas contra el Covid-19. Desde una perspectiva bioética, los casos de cualquier signo, síntoma o anormalidad de nueva aparición o empeoramiento después de cualquier dosis de la "vacuna" Covid-19 deben considerarse como una lesión causada por la vacuna, hasta que se demuestre lo contrario.

Debemos tener en cuenta que existen superposiciones significativas entre los síntomas y las características del síndrome de Covid prolongado/síndrome de larga duración y el síndrome posterior a la "vacuna" (previamente en el presente informe, se ha constatado que la superposición puede ser total, de tal forma, que realmente son lo mismo).

El factor común que subyace al mecanismo patogénico en el paciente lesionado por la vacuna es la "desregulación inmunitaria". El desarrollo de la disfunción inmunitaria y la gravedad de la disfunción probablemente sean el resultado de una serie de factores que se entrecruzan, entre ellos:

Genética: los familiares de primer grado de pacientes que han sufrido una lesión por vacuna parecen tener un riesgo muy alto de lesión por vacuna.

Carga de ARNm y cantidad de proteína de pico producida: esto puede estar relacionado con lotes de vacuna específicos que contienen una concentración más alta de ARNm.

Sexo: parece que alrededor del 80% de los pacientes lesionados por vacunas son mujeres. Además, se ha informado que el tratamiento con estrógenos empeora o precipita un evento/recaída. Se sabe que las mujeres tienen un riesgo mucho mayor de enfermedades autoinmunes (especialmente LES) y esto probablemente explica este hallazgo. Los estrógenos interfieren con la señalización del receptor de glucocorticoides. Además, los estrógenos modulan la función de las células B y T.

Estado nutricional subyacente y comorbilidades: Es probable que ciertas condiciones preexistentes hayan preparado al sistema inmunitario para que sea más reactivo después de la “vacunación”. Esto incluye a aquellos con trastornos autoinmunes preexistentes y enfermedades inflamatorias crónicas como la enfermedad de Lyme. Las personas con mutaciones en el gen de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) y síndromes de tipo Ehlers-Danlos pueden tener un mayor riesgo, así como aquellas con deficiencias de nutrientes como la vitamina B12, la vitamina D y el magnesio.

Una serie de principios son esenciales para el manejo óptimo del síndrome posvacunal:

Es importante recalcar que no existen informes publicados que detallen el manejo de los pacientes lesionados por vacunas. Nuestro enfoque de tratamiento se basa, por lo tanto, en el mecanismo patogénico postulado, la observación clínica y las anécdotas de los pacientes.

El problema central en el síndrome posvacunal es la «desregulación inmunitaria» crónica. El objetivo principal del tratamiento es ayudar al cuerpo a restaurar y normalizar el sistema inmunitario; en otras palabras, dejar que el cuerpo se cure por sí mismo. Recomendamos el uso de agentes inmunomoduladores e intervenciones para amortiguar y normalizar el sistema inmunológico en lugar del uso de medicamentos inmunosupresores, que pueden empeorar la condición. Sin embargo, el uso concomitante de un curso controlado de un fármaco inmunosupresor puede ser apropiado en pacientes con enfermedades autoinmunes específicas.

El tratamiento debe individualizarse de acuerdo con los síntomas de presentación y los síndromes de la enfermedad de cada paciente. Es probable que no todos los pacientes respondan por igual a la misma intervención; esto sugiere que el tratamiento debe individualizarse de acuerdo con la respuesta específica de cada paciente. Un hallazgo peculiar es que una intervención en particular (p. ej., la oxigenoterapia hiperbárica) puede salvar la vida de un paciente y ser totalmente ineficaz para otro.

Los pacientes deben servir como sus propios controles y la respuesta al tratamiento debe dictar la modificación del plan de tratamiento.

El tratamiento temprano es esencial; es probable que la respuesta al tratamiento se atenúe cuando se retrase el tratamiento.

Los pacientes deben comenzar con el protocolo de tratamiento primario; esto debe, sin embargo, individualizarse de acuerdo con las características clínicas particulares del paciente. La respuesta al protocolo de tratamiento primario debe dictar la adición o sustracción de intervenciones terapéuticas adicionales. Las terapias de segunda línea deben iniciarse en aquellos que han respondido mal a las terapias centrales y en pacientes con enfermedad incapacitante grave.

Los pacientes con síndrome posvacunal no deben recibir más "vacunas" contra la Covid-19 de ningún tipo. Asimismo, los pacientes con Covid prolongado deben evitar todas las "vacunas" contra la Covid.

Los pacientes con síndrome posvacunal deben hacer todo lo posible para evitar contraer la Covid-19. Esto puede incluir un protocolo preventivo (ver protocolos FLCCC). En caso de que contraigan el virus o sospechen infección, el tratamiento temprano es esencial (consulte los protocolos de FLCCC). Es probable que la Covid-19 exacerbe los síntomas de la lesión por vacuna.

Los pacientes lesionados por vacunas con frecuencia están desesperados por probar cualquier medicamento o intervención que crean que pueda ayudarlos. Desafortunadamente, los proveedores sin escrúpulos se aprovecharán de estos pacientes muy vulnerables y les venderán remedios costosos y no probados.

De manera similar, los pacientes a menudo se someten a una extensa batería de pruebas de diagnóstico. Estas pruebas rara vez son útiles, por lo general confunden la situación y conducen a intervenciones terapéuticas inapropiadas. Los pacientes se someten con frecuencia a pruebas de diagnóstico que son "experimentales", no validadas y clínicamente sin sentido; los pacientes deben evitar hacerse tales pruebas. Recomendamos una serie de pruebas de detección simples y básicas que deben repetirse, según esté clínicamente indicado, cada 4 a 6 meses. Recuerde el dicho: solo haga una prueba si el resultado cambiará su plan de tratamiento.

Se debe considerar la oxigenoterapia hiperbárica (TOHB) en casos de lesión neurológica y en pacientes que muestran un curso cuesta abajo rápido.

Los pacientes deben evitar los programas de "desintoxicación de proteínas Spike" no científicos y mal validados.

Pruebas de referencia

- CBC con diferencial y recuento de plaquetas
- Química sanguínea estándar, incluidas las pruebas de función hepática
- Dímero D: como marcador de la activación de la coagulación
- PCR: como marcador de inflamación en curso (un panel completo y extenso de citoquinas/quimioquinas es innecesario y muy costoso, y los resultados no cambiarán el enfoque del tratamiento).
- Cortisol matutino: algunos pacientes desarrollan insuficiencia suprarrenal autoinmune)
- TSH: para descartar enfermedad tiroidea

- HbA1C: los pacientes lesionados por vacunas tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes.
- Troponina, pro-BNP, galectina-3 y ST2: para excluir enfermedad cardíaca.
- Serología/PCR para CMV, EBV, Herpes simplex, HHV6 y micoplasma: para excluir la reactivación viral/bacteriana (en pacientes que responden mal a la terapia, puede ser útil buscar enfermedades transmitidas por garrapatas de Lyme (Bb), Bartonella y Babesia.
- Nivel de vitamina D (25OH vitamina D)
- En pacientes con características alérgicas y aquellos que experimentaron una reacción aguda a la vacuna, las siguientes pruebas pueden ser útiles: recuento de eosinófilos; Niveles de IgE, pruebas RAST y/o pruebas cutáneas. La triptasa sérica, la histamina sérica y/o la N-metilhistamina en orina de 24 h deben considerarse en MCAS
- Autoanticuerpos de detección limitada. Anticoagulante lúpico (si microglobulina B2 positiva, etc.) y ANA. Los pacientes lesionados por vacunas, en particular aquellos con disfunción autonómica/SFN, con frecuencia tienen una amplia variedad de autoanticuerpos dirigidos contra los receptores de superficie celular acoplados a proteína G, ACE-2, neuronas, mielina y otros autoepítopos. La presencia o ausencia de estos anticuerpos tiene poco impacto en el manejo de estos pacientes

Terapias de primera línea (sin síntomas específicos; enumeradas en orden de importancia)

Ayuno diario intermitente o ayuno diario periódico. El ayuno tiene un efecto profundo en la promoción de la homeostasis del sistema inmunitario, en parte al estimular la autofagia y eliminar las proteínas extrañas y mal plegadas, promover la mitofagia y mejorar la salud mitocondrial, así como aumentar la producción de células madre. Es probable que el ayuno intermitente tenga un papel importante en la promoción de la descomposición y eliminación de la proteína de pico.

Ivermectina. 0.2-0.3 mg/kg, diariamente durante un máximo de 4-6 semanas . La ivermectina tiene potentes propiedades antiinflamatorias. También se une a la proteína espiga, lo que ayuda a que el huésped la elimine. Es probable que la ivermectina y el ayuno intermitente actúen de forma sinérgica para eliminar la proteína espiga del organismo. Se debe considerar una prueba de ivermectina como terapia de primera línea. Parece que los pacientes pueden agruparse en dos categorías: i) respondedores a la ivermectina y ii) no respondedores a la ivermectina. Esta distinción es importante, ya que este último grupo es más difícil de tratar y requiere una terapia más agresiva.

Dosis baja de naltrexona (LDN). Se ha demostrado que la LDN tiene propiedades antiinflamatorias, analgésicas y neuromoduladoras. Comience con 1 mg/día y aumente a 4.5 mg/día, según sea necesario. Puede tomar de 2 a 3 meses para ver el efecto completo.

Melatonina. 2-6 mg de liberación lenta/liberación prolongada antes de acostarse. La melatonina tiene propiedades antiinflamatorias y antioxidantes y es un poderoso regulador de la función mitocondrial. La dosis debe comenzar con 750 mcg (μg) a 1 mg por la noche y aumentar según la tolerancia. Los pacientes que son metabolizadores lentos pueden tener sueños muy desagradables y vívidos con dosis más altas.

Aspirina. 81 mg/día.

Vitamina C. 1000 mg por vía oral tres a cuatro veces al día. La vitamina C tiene importantes propiedades antiinflamatorias, antioxidantes y potenciadoras del sistema inmunitario, incluida una mayor síntesis de interferones de tipo I. Evitar en pacientes con antecedentes de cálculos renales. La vitamina C oral ayuda a promover el crecimiento de poblaciones bacterianas protectoras en el microbioma.

Quercetina. 250-500 mg/día (o flavonoides mixtos). Los flavonoides tienen propiedades antiinflamatorias de amplio espectro, inhiben los mastocitos y se ha demostrado que reducen la neuroinflamación. Debido a la posible interacción farmacológica entre la quercetina y la ivermectina, estos medicamentos no deben tomarse simultáneamente (es decir, deben escalonarse por la mañana y la noche). El uso de quercetina rara vez se ha asociado con hipotiroidismo. El impacto clínico de esta asociación puede limitarse a aquellas personas con enfermedad tiroidea preexistente o con tiroidismo subclínico. La quercetina debe usarse con precaución en pacientes con hipotiroidismo y deben controlarse los niveles de TSH.

Nigella sativa. 200-500 mg dos veces al día. Cabe señalar que la timoquinona (el ingrediente activo de Nigella Sativa) disminuye la absorción de ciclosporina y fenitoína. Por lo tanto, los pacientes que toman estos medicamentos deben evitar tomar Nigella Sativa. Además, se informaron dos casos de síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaban Nigella Sativa y que se sometieron a anestesia general (probable interacción con opiáceos).

Probióticos/prebióticos. Los pacientes con síndrome posvacunal presentan clásicamente una disbiosis severa con pérdida de Bifidobacterium. El kéfir es un suplemento nutricional altamente recomendado con alto contenido de probióticos. Los probióticos sugeridos incluyen Megasporebiotic (Microbiome labs) y TrueBifidoPro (US Enzymes).

Magnesio. 500 mg/día.

Ácidos grasos omega-3. Vascepa, Lovaza o DHA/EPA; 4 g/día. Los ácidos grasos omega-3 juegan un papel importante en la resolución de la inflamación al inducir la producción de resolvina.

Terapias complementarias/de segunda línea (enumeradas en orden de importancia)

Hidroxicloroquina (HCQ). 200 mg dos veces al día durante 1 a 2 semanas, luego reduzca según lo tolere a 200 mg/día. HCQ es el agente de segunda línea preferido. La HCQ es un potente agente inmunomodulador y se considera el fármaco de elección para el lupus eritematoso sistémico (LES), donde se ha demostrado que reduce la mortalidad por esta enfermedad. Por lo tanto, en pacientes con autoanticuerpos positivos o en los que se sospeche que la autoinmunidad es un mecanismo subyacente destacado, se debe considerar antes la HCQ. Además, cabe señalar que el LES y el síndrome posvacunal tienen muchas características en común. HCQ es seguro durante el embarazo; de hecho, este medicamento se ha utilizado para tratar la preeclampsia. Con el uso a largo plazo, la dosis debe reducirse (100 o 150 mg/día) en pacientes que pesan menos de 61 kg (135 lb).

Vitamina C intravenosa. 25 g semanales, junto con vitamina C oral 1000 mg (1 gramo) 2-3 veces al día. Las dosis altas de vitamina C por vía intravenosa son "cáusticas" para las venas y deben administrarse lentamente durante 2 a 4 horas. Además, para evaluar la tolerabilidad del paciente, la dosis inicial debe estar entre 7.5 y 15 g. Las dosis diarias totales de 8-12 g han sido bien toleradas, sin embargo, las dosis altas crónicas se han asociado con el desarrollo de cálculos renales, por lo que la duración del tratamiento debe ser limitada. Retirar la vitamina C IV según se tolere.

Fluvoxamina. Comience con una dosis baja de 12.5 mg/día y aumente lentamente según lo tolere.

"Optimizador de energía mitocondrial" con pirroloquinolina quinona (p. ej., Life Extension Energy Optimizer o ATP 360®).

N-acetilcisteína (NAC).600-1500 mg/día.

Sulforafano (extracto de brócoli). 400 mcg/día.

Corticosteroides en dosis bajas. 10-15 mg/día de prednisona durante 3 semanas. Disminuir a 10 mg/día y luego 5 mg/día, según se tolere.

La modificación del comportamiento, la terapia de atención plena y el apoyo psicológico pueden ayudar a mejorar el bienestar general y la salud mental de los pacientes. El suicidio es un problema real en el paciente lesionado por vacunas. Los grupos de apoyo y la consulta con profesionales de la salud mental son importantes.

Taichí. El Tai Chi es una forma de arte marcial chino tradicional que promueve la salud y ha demostrado ser beneficiosa para prevenir y tratar enfermedades. Se debe aconsejar a los pacientes que realicen un esfuerzo moderado, aumentando lentamente solo según lo toleren.

Terapia de tercera línea

Terapia de oxígeno hiperbárico (TOHB). HBOT tiene potentes propiedades antiinflamatorias, disminuyendo las citoquinas proinflamatorias mientras aumenta la IL-10. Además, TOHB polariza los macrófagos hacia el fenotipo M2 y mejora la función mitocondrial. Sorprendentemente, es el aumento de la presión, más que el aumento de la concentración de oxígeno disuelto, lo que parece mediar estos efectos. Si bien la dosis óptima y el programa de dosificación no están claros, parece ser necesaria una presión de entre 1.5 y 2.0 ATM para mediar los efectos antiinflamatorios; sin embargo, otros han informado mejoras con tan solo 1.3 ATM.

Presiones superiores a 1.3 ATM solo se pueden lograr usando cámaras de cubierta dura. Si bien hay datos publicados muy limitados sobre el tratamiento de la supuesta Covid prolongada y el síndrome posterior a la “vacuna”, se han informado anecdóticamente beneficios notables para salvar vidas. Esta terapia está limitada por problemas logísticos y de costo.

Otros tratamientos potenciales (requiere evaluación adicional)

Plasmaféresis. La plasmaféresis mejora los niveles sistémicos de citocinas, la coagulopatía y la capacidad de respuesta inmunitaria en pacientes con Covid grave con un posible beneficio en la mortalidad. Kiprov, et. Alabama; han publicado un informe de caso de una mejora clínica dramática en un paciente con supuesto Covid prolongado. En este informe, los marcadores de macrófagos inflamatorios del paciente disminuyeron y los marcadores de linfocitos, incluidas las células asesinas naturales y las células T CD8 citotóxicas, aumentaron; además, las proteínas inflamatorias circulantes disminuyeron. Además, es probable que la plasmaféresis elimine los autoanticuerpos y mejore la coagulopatía de estos pacientes.

Existen informes anecdóticos de marcada mejoría en los síntomas neurológicos, especialmente SFN y niebla cerebral en pacientes lesionados por vacunas tratados con esta modalidad terapéutica. Sin embargo, este es un recurso limitado y costoso que, en sí mismo, no está exento de complicaciones. Además, es necesario determinar la durabilidad de la respuesta clínica. Si bien la plasmaféresis/recambio de plasma es una opción terapéutica para el paciente con discapacidad neurológica grave después de la “vacunación”, se requieren datos adicionales antes de que esta modalidad pueda recomendarse ampliamente.

Pentoxifilina (PTX). Se debe considerar PTX ER, 400 mg tres veces al día, en aquellos pacientes con trastornos microcirculatorios graves. PTX es un fármaco fosfodiesterasa no selectivo que tiene efectos antiinflamatorios y antioxidantes. Además, la PTX mejora la deformabilidad de los glóbulos rojos y reduce la viscosidad de la sangre, por lo que puede mitigar la hiperviscosidad y la hiperagregación de glóbulos rojos, que está relacionada con el desarrollo de coagulopatía en los lesionados por la “vacuna”.

Maraviroc. 300 mg por vía oral dos veces al día. Si han transcurrido de 6 a 8 semanas y los síntomas significativos persisten a pesar de las terapias anteriores, se puede considerar este medicamento. Tenga en cuenta que Maraviroc puede ser costoso y tiene riesgo de efectos secundarios e interacciones farmacológicas importantes. Maraviroc es un antagonista del receptor de quimiocinas CC tipo 5 (CCR5). Si bien muchos pacientes con supuesto Covid prolongado y después de la "vacuna" han sido tratados con Maraviroc, el papel de este medicamento requiere una evaluación adicional.

Ácido valproico. Depakote, 250 mg 2-3 veces al día. El ácido valproico tiene efectos antiinflamatorios y polariza los macrófagos hacia un fenotipo M2. Los inhibidores de HDAC se están estudiando para la regeneración neuronal. Además, el ácido valproico tiene importantes efectos anticoagulantes y antiplaquetarios. El ácido valproico puede ser útil para los síntomas neurológicos.

Sildenafil con o sin L-arginina-L-citrulina. Dosis de sildenafilo aumentadas de 25 a 100 mg 2-3 veces al día con L-arginina/L-citrulina 5000 mg en polvo dos veces al día. Puede ser útil para la niebla mental, así como para la enfermedad microvascular con coagulación y perfusión deficiente. Cabe señalar que la curcumina, el resveratrol, el EGGG y el ácido valproico potencian los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5).

VEDICINALES® 9. Una suspensión terapéutica única basada en fitofármacos que consta de nueve compuestos bioactivos con propiedades antivirales, antiinflamatorias, inmunomoduladoras, antipiréticas y analgésicas. Los compuestos incluyen baicalina, quercetina, luteolina, rutina, hesperidina, curcumina, galato de epigalocatequina, piperina y glicirricina. Varios de estos compuestos están incluidos en el protocolo y se desconoce el beneficio adicional de esta combinación de 9 fitofármacos sobre las combinaciones de flavonoides más ampliamente disponibles.

Fullerenos C60 o C60. C60, abreviatura de Carbon 60, está compuesto por 60 átomos de carbono que forman algo que parece un balón de fútbol hueco y se considera una "esponja de radicales libres". C60 se considera el antioxidante más poderoso jamás descubierto. Robert Curl, Harold Kroto y Richard Smalley recibieron el Premio Nobel de química en 1996 por su descubrimiento.

Hidroterapia fría (por ejemplo, duchas frías). Evitar los baños de agua tibia/caliente.

Complementos terapéuticos específicos de la enfermedad

Neuropatía de fibras pequeñas (SFN)/neuropatía autonómica

Antidepresivos tricíclicos (comenzar con dosis bajas y aumentar según se tolere).

Gabapentina. 300 mg dos veces al día y aumentar según tolerancia

Ácido alfa lipoico. 600 mg/día.

POTS. Asegurar una hidratación suficiente y considerar el uso de medias de compresión o fajas abdominales.

POTS – Clonidina. 0.1 mg dos veces al día según tolerancia.

POTS – fludrocortisona. 0.1 a 0.2 mg/día o raíz de regaliz (tiene ácido glicirrícinico, un compuesto similar a la aldosterona).

POTS – midodrina. 5-10 mg tres veces al día.

Un ensayo de oxigenoterapia hiperbárica (TOHB).

Cabe señalar que el diagnóstico de neuropatía de fibras pequeñas/neuropatía autonómica es un diagnóstico clínico. NO se requieren pruebas complejas y costosas para hacer este diagnóstico. Cabe señalar que SFN está estrechamente asociado con múltiples autoanticuerpos. La prueba de estos autoanticuerpos no tiene ningún propósito clínico útil.

Síntomas neurológicos generalizados/lesiones/"niebla cerebral"/fatiga

LDN parece desempeñar un papel fundamental en el tratamiento de muchos síntomas neurológicos.

Fluvoxamina. Comenzar con una dosis baja de 12.5 mg/día y aumentar lentamente según se tolere. Algunos pacientes informan una mejora significativa con fluvoxamina, mientras que otros pacientes parecen tolerar mal este medicamento. La fluoxetina 20 mg/día es una alternativa, al igual que los antidepresivos tricíclicos.

Nigella sativa. 200-500 mg dos veces al día.

El ácido valproico y la pentoxifilina pueden ser valiosos en estos pacientes.

Estos síntomas pueden estar mediados por el Síndrome de Activación de Mastocitos (MCAS).

Pacientes con una DIC elevada y aquellos con evidencia de trombosis

Estos pacientes deben ser tratados con NOAC o coumadin durante al menos tres meses y luego reevaluados para la anticoagulación en curso.

Los pacientes deben continuar con 81 mg/día de AAS a menos que tengan un alto riesgo de hemorragia.

La lumbroquinasa activa la plasmina y degrada la fibrina, por ejemplo, Lumbroxym (enzimas estadounidenses). La lumbroquinasa parece ser bien absorbida por el tracto GI.

Cúrcuma (Curcumina) 500 mg BID. La curcumina tiene propiedades anticoagulantes, antiplaquetarias y fibrinolíticas.

Se debe considerar la anticoagulación triple en pacientes seleccionados. Tratar no más de un mes. La triple anticoagulación aumenta el riesgo de hemorragia grave; los pacientes deben ser asesorados con respecto a esta complicación.

En aquellos pacientes con enfermedad microvascular/trombosis marcada, la combinación de pentoxifilina y sildenafilo debe probarse terapéuticamente.

Miocarditis/pericarditis inducida por vacunas

Inhibidor de la ECA/ARB, junto con carvedilol según se tolere para prevenir/limitar el deterioro progresivo de la función cardíaca.

Colchicina en pacientes con pericarditis. 0.6 mg/día por vía oral; aumentar a 0.6 mg dos veces al día si es necesario. Reducir la dosis si los pacientes desarrollan diarrea. Vigilar el recuento de glóbulos blancos. Disminuir la dosis con insuficiencia renal.

Derivación a un cardiólogo o sala de emergencias en caso de dolor torácico persistente u otros signos y síntomas de eventos cardíacos.

Síndrome de reactivación del virus del herpes

L-lisina. 1000 mg dos veces al día.

Valtrex. 500-1000 mg dos veces al día durante 7-10 días.

Tinnitus

Esta es una complicación frecuente e incapacitante reportada en el síndrome posvacunal.

El tinnitus se refiere a la sensación de sonido en ausencia de un estímulo acústico externo correspondiente y, por lo tanto, puede clasificarse como un fenómeno fantasma. Las sensaciones de tinnitus suelen ser de naturaleza acústica no formada, como zumbidos, silbidos o pitidos. El tinnitus se puede localizar unilateral o bilateralmente, pero también se puede describir que surge dentro de la cabeza.

Idealmente, los pacientes deben ser evaluados por un otorrinolaringólogo para descartar trastornos subyacentes.

Existen varios enfoques de tratamiento para controlar esta enfermedad incapacitante, entre ellos:

Terapia cognitiva conductual.

Terapia especializada que incluye terapia de reentrenamiento de tinnitus, audífonos, terapia de sonido, entrenamiento de percepción auditiva y estimulación magnética transcraneal repetitiva.

Se han utilizado varios agentes farmacológicos para tratar el tinnitus. Los anticonvulsivos, incluida la carbamazepina, en general han sido decepcionantes. Los siguientes medicamentos han mostrado algún beneficio clínico:

- Agentes antidepresivos tricíclicos, particularmente nortriptilina y amitriptilina. Además, el ISRS sertralina ha mostrado cierta eficacia.

- Clonazepam y otras benzodiazepinas. Estos medicamentos pueden proporcionar un alivio temporal, sin embargo, debido a la cuestión de la dependencia, no se recomienda su uso a largo plazo.

- Melatonina de liberación lenta 2-6 mg al acostarse.

Parálisis de Bell/parestesia facial, problemas visuales

Naltrexona en dosis bajas. Comenzar con 1 mg/día y aumentar a 4.5 mg/día según sea necesario. Se puede tomar 2-3 meses para el efecto completo.

Corticoides a dosis bajas. 10-15 mg/día de prednisona durante 3 semanas. Disminuir a 10 mg/día y luego a 5 mg/día según se tolere.

Reducción de la carga de trabajo, estrés y ejercicios ligeros durante un par de meses.

Pacientes con diátesis alérgica de nueva aparición y aquellos con características del Síndrome de Activación de Mastocitos (MCAS)

Se informa que el nuevo flavonoide luteína es un potente inhibidor de mastocitos. Se sugiere 20-100 mg/día de luteína.

Cúrcuma (curcumina). 500 mg/día. Se ha informado que la curcumina bloquea los receptores H1 y H2 y limita la desgranulación de los mastocitos.

Bloqueadores de los receptores H1. Loratadina 10 mg/día, Cetirizina 5-10 mg/día, Fexofenadina 180.

Bloqueadores de los receptores H2. Famotidina 20 mg dos veces al día según tolerancia.

Montelukast 10 mg/día. Precaución ya que puede causar depresión en algunos pacientes. Se ha cuestionado la eficacia de montelukast como "estabilizador de mastocitos".

Vitamina C. 1000 mg dos veces al día. La vitamina C se recomienda encarecidamente para las condiciones alérgicas y MCAS. La vitamina C modula la función de las células inmunitarias y es un potente inhibidor de la histamina.

Dieta baja en histamina.

Tratamiento IVIG (tratamiento con inmunoglobulina intravenosa)

Generalmente, no se recomienda el tratamiento con IVIG.

La respuesta a la IVIG en la población general de pacientes lesionados por vacunas es mixta, y muy pocos muestran una mejoría a largo plazo. Muchos pacientes que informan una mejoría inicial recaerán en 2 a 3 semanas. Otros pacientes no informan ningún beneficio, mientras que algunos parecen empeorar. Debido a la presencia de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 no neutralizantes, existe la posibilidad real de que la IVIG provoque una mejora inmunitaria dependiente de anticuerpos (ADE) con una exacerbación grave de los síntomas.

Sin embargo, IVIG se recomienda en síndromes autoinmunes específicos que incluyen el síndrome de Guillain Barré, mielitis transversa y trombocitopenia inmune. Estos pacientes deben ser tratados concomitantemente con las terapias inmunomoduladoras centrales.

IVIG demostró ser ineficaz en un ECA que inscribió a pacientes con neuropatía de fibras pequeñas.

El hecho de que muchos pacientes notifiquen una respuesta inicial a la IVIG respalda la idea de que muchos aspectos de esta enfermedad se deben a los autoanticuerpos. IVIG eliminará los anticuerpos preformados, pero no evita que las células B sigan produciendo anticuerpos; por lo tanto, es probable que la respuesta sea de corta duración y, por lo tanto, se requieren intervenciones que limiten la producción de autoanticuerpos (terapias de modulación inmunitaria central).

Terapias inmunosupresoras

Como regla general, debe evitarse la terapia inmunosupresora, ya que estos medicamentos pueden exacerbar la disfunción inmunitaria en pacientes lesionados por vacunas y evitar la restauración de la homeostasis inmunitaria.

Una prueba de terapia inmunosupresora puede estar indicada en pacientes con un síndrome autoinmune cuando han fracasado con otras intervenciones terapéuticas.

VARIANTES

Una palabra de moda en el discurso oficial, ampliamente utilizada por las autoridades para fomentar la “vacunación” y que no suele estar bien empleada. Lo primero, sería definir qué significa el término y, para ello, habría que hacerlo en conjunto con otros dos: cepas y mutaciones.

Mutaciones, son cambios que tienen los virus a nivel genético. Esas mutaciones, se agrupan en variantes, “ramas” o linajes (por ejemplo, una de las variantes más conocidas es la B.1.1.7 del Reino Unido; incluye 23 mutaciones con respecto al virus encontrado en China). Cuando hay demasiadas mutaciones que provocan

un cambio sustancial, entonces se forma una nueva cepa o nueva especie de virus. Considerando lo expuesto, las autoridades, no están empleando el término de forma adecuada.

Las mutaciones ocurren con bastante frecuencia en los virus de ARN. Estos surgen típicamente cuando el virus está bajo presión selectiva, por ejemplo, por anticuerpos que limitan pero no eliminan la replicación viral. La noticia positiva es que alguna vez se pensó que las cepas más antiguas del virus del resfriado, que ahora son relativamente inofensivas, eran mucho más peligrosas, han mutado a través de una serie de variantes en algo menos dañino. Los virus tienen "inteligencia biológica" por lo que "tienden a mutar hacia mejor" y, esas mutaciones "lo que hacen es "disminuir la agresividad de los mismos", al virus no le interesa matar a la población a la que afecta, ya que sin células de otros no se puede reproducir y, por tanto, si acaba con la población, acaba consigo mismo. Dicho de otra manera, las mutaciones lo que hacen es disminuir la agresividad del virus una vez que se ha expandido y se establece. En el caso del SARS-CoV-2, la mayoría de las mutaciones se producen en proteína de pico, aunque se han encontrado mutaciones a lo largo de todo el genoma. Hay regiones del SARS-CoV-2 que parecen cambiar constantemente, lo cual sugiere que el virus puede tolerar bien esos cambios. En otras regiones, las mutaciones son muy escasas, señalando puntos críticos en el genoma que no pueden tolerar mutaciones. Que el virus mute es incluso útil, así es como se ha logrado rastrear el paso del mismo por todo el planeta. Conforme avanza la pandemia, el "genoma" del virus ha ido cambiando, y científicos de distintos países han compartido sus "secuencias" en bases de datos abiertas que investigadores de otras regiones pueden consultar.

Una mutación genética no es más que un cambio en una o más letras del genoma. Y, de hecho, la mayor parte del tiempo las mutaciones no tienen ningún efecto. El genoma del coronavirus, por ejemplo, está compuesto de 30 mil letras organizadas en grupos de tres. Cada uno de esos tripletes provee el código para crear unidades llamadas aminoácidos, que serán los tabiques de las 29 proteínas que componen al virus: desde las que supuestamente usa para infectar a nuestras células hasta las que emplea para camuflar su propio material genético de los sistemas siempre vigilantes del cuerpo humano. Distintos tripletes pueden codificar el mismo aminoácido. Por ello, una mutación en una o más letras no necesariamente cambiará el aminoácido final. Incluso si lo hiciera, eso no significa que la proteína se comportará de diferente manera.

Virus como los de influenza, el VIH y el SARS-CoV-2, mutan frecuentemente. Por eso, cuando la pandemia de Covid-19 comenzó en China, la comunidad científica se había preparado para lidiar con un patógeno que siguiera esa regla. Pero encontraron algo distinto. Este coronavirus muta menos que otros virus, la clave está en una sola proteína. Los coronavirus como familia, incluyendo a los cuatro que infectan humanos, poseen una proteína llamada exoribonucleasa que funciona como mecanismo de corrección. En el momento de que el SARS-CoV-2, por ejemplo, crea una réplica de su genoma dentro de una célula humana, la exoribonucleasa es la clave para que el virus mute menos, pues puede detectar

errores o mutaciones, regresarse y corregirlas. A veces, por supuesto, se equivoca. Y la nueva copia del coronavirus termina con algunas alteraciones.

Al hablar de mutaciones, el miedo más frecuente es que aparezca una variante genética del virus que sea más agresiva, más dañina y más fácil de transmitirse entre personas. Con respecto al SARS-CoV-2, hay algunos trabajos en la bibliografía que hablan sobre esa posibilidad, uno de los más citados en el discurso oficial para justificar su mensaje, es el titulado: "Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of SARS-CoV-2", de abril de 2020. Es un estudio preliminar publicado en bioRxiv en el que científicos del Laboratorio Nacional de Los Alamos aseguran haber analizado más de 6.000 secuencias del coronavirus recopiladas por Global Initiative for Sharing All Influenza Data. Lo primero en que debemos fijarnos, es en el nombre de la revista; en ésta solo se publican estudios preliminares, nunca definitivos y por tanto, no revisados por otros expertos para verificar su veracidad. Es decir, publicar un paper conlleva tiempo ya que debe pasar un riguroso proceso de revisión para comprobar que se ha seguido el método científico. Este estudio preliminar sin embargo no ha pasado el peer review aún, por lo que no puede considerarse algo "definitivo".

El análisis del Laboratorio Nacional de Los Álamos identificó un total de 14 mutaciones de SARS-CoV-2 entre los casi 30 000 bases partes del ARN del genoma del virus. Las mutaciones en cierto modo son normales: un virus muta continuamente y diferencias genéticas no tienen por qué significar comportamiento y funcionamiento distinto siempre. En este caso, los investigadores se fijaron en una mutación concreta llamada D614G, que se da en la proteína Spike (S) y es la responsable del cambio en las puntas/picos del virus. La conclusión que extrajeron los investigadores fue que la nueva mutación, que parecía haberse originado en Europa, consiguió dominar frente al coronavirus original que surgió de Wuhan en China. La cepa proveniente de Europa era la que parecía haberse distribuido más a nivel global. Indicaban que en cuestión de semanas fue la mutación dominante en algunas regiones donde llegó. Basándose en ello, aseguraban que era más infecciosa que la original, lo cual, ya es bastante temerario e imprudente desde el punto de vista científico, ya que olvidan por completo algo tan básico como otros factores externos, como simplemente el comportamiento social, y las medidas tomadas para frenar la expansión del coronavirus; no demostró si el mayor contagio se debía concretamente al cambio en el genoma del virus o a factores externos. Otro problema que presenta, es que los datos recogidos por la investigación del Laboratorio de Álamos no son datos recogidos al azar, sino que provienen en su mayoría de Europa y América del Norte, y hay que tomarlos por tanto con precaución. Es decir, hay una sobrerepresentación con respecto a otras regiones donde la pandemia llegó.

Cuando estas mutaciones son importantes, generan una variante del virus original (OMS, 30/12/2020) y cuando ellas mejoran su capacidad de infección, ingreso a la célula humana y por ende su patogenicidad, se les denomina Variantes de Preocupación (Variants of Concern -VOC- por sus siglas en Inglés). En el caso del SARS-CoV-2, los estudios actuales se han focalizado en identificar

las mutaciones ocurridas en la región del genoma que codifica para la proteína S, por su papel clave en el ingreso del virus a la célula humana.

A día de hoy, supuestamente, se han identificado varias docenas de mutaciones con cambios estructurales en la proteína S, incluso varios estudios han reportado mutaciones que evaden el ataque de anticuerpos monoclonales a la proteína S del virus y además, también se habla de que mutaciones como K417N y E484K, encontradas en las variantes brasileñas y sudafricana, pueden reducir apreciablemente la neutralización del virus por anticuerpos hasta en 10 veces; todo parece muy grave y lo parece todavía más, ayudado por la propaganda de los medios de desinformación, para mantener la campaña del miedo y así, favorecer la vacunación masiva. Curiosamente, lo que esos medios no cuentan, es que todavía no se ha definido con claridad el efecto en la eficacia de los anticuerpos policlonales del sistema inmune, de igual forma, tampoco cuentan que la única manera de demostrar si una mutación cambia realmente la manera en que el virus se comporta, es realizando un montón de experimentos que llevan bastante tiempo y, la ciencia, por el momento, no ha ofrecido respuestas claras al respecto.

"Vacunas" con fugas

A principios de abril de 2021, había una gran preocupación entre algunos científicos de que las estrategias de vacunación subóptimas crearían una presión de selección sobre el virus facilitando la aparición de variantes. Sin embargo, ahora podemos ver que la tasa de letalidad de la última variante Delta se ha reducido al 0.1%. Anteriormente se había calculado que era del 1.9% para la variante Alpha (Kent). La tasa de letalidad por infección será aún menor, ya que no se diagnostican todos los casos. Lo que a estas alturas ya no parece generar dudas, es que si realmente las famosas variantes existieran, sería la "vacunación" la que ha aumentado la velocidad a la que llegan a predominar determinadas de ellas. ***Debido a que la "vacunación" se dirige a una respuesta inmune específica a la proteína de pico, es teóricamente posible que las variantes que puedan evadir esta respuesta inmune particular se seleccionen en la población "vacunada". Los no "vacunados" tienen una respuesta inmune muy amplia a todas las partes del virus a través de diferentes partes del sistema inmunológico que pueden no crear la misma presión de selección***. Esta realidad sugiere lo contrario de lo que se ha estado propagando en los medios.

Las tres primeras variantes importantes surgieron de Brasil, Sudáfrica y el Reino Unido, que fueron todos sitios de ensayos de vacunas, curiosamente. Desde entonces, ha habido más variantes que han aparecido después del despliegue de la vacunación en varios países más. Algunos expertos han especulado sobre la coincidencia de este tipo de hechos y actualmente se está estudiando este fenómeno. En un estudio publicado recientemente como preimpresión y aún no revisado formalmente, Theodora Hatziioannou, viróloga de la Universidad Rockefeller en Nueva York, y sus colegas crearon un "pseudo-coronavirus" que lleva una versión no variante de la proteína de pico. Esto se cultivó en presencia de anticuerpos individuales extraídos de la sangre de personas que habían

recibido una de las dos "vacunas" Covid-19 autorizadas por la FDA, una de Pfizer / BioNTech y otra de Moderna. Algunos anticuerpos estimularon al pseudo-SARS-CoV-2 a adquirir varias mutaciones. Intentaron el experimento nuevamente sin anticuerpos presentes y ninguna de las tres mutaciones, desarrollaron las mismas maniobras evasivas.

"Estos datos muestran que estas mutaciones que se acumulan en la proteína de pico son mutaciones de escape de anticuerpos", dice Hatziioannou. "Tan pronto como agregas un anticuerpo específico, ves mutaciones específicas".

Hatziioannou y otros creen que también se pueden encontrar pistas en los genomas de los virus que se establecieron a largo plazo en los cuerpos de pacientes inmunodeprimidos con Covid-19. La teoría predominante era que las mutaciones de escape podrían haber surgido en personas con infecciones crónicas, que podrían estar recibiendo tratamientos con anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia y, por lo tanto, sobrecargar las presiones selectivas a las que tiene que enfrentarse el virus. En este estudio, se muestra como ***los anticuerpos generados por los "vacunados" son presión selectiva que disminuye la "eficacia protectora" en los "vacunados"***.

Este estudio menciona cómo es normal (y esperado) que cambien la dominancia las variantes, y explica el mecanismo por el cual sucede. También muestra que una variante que comenzó a dominar (y por la que el mundo se conmocionó como está haciendo ahora con las nuevas variantes) no es más virulenta, sino más transmisible, que es lo que se esperaría bajo la teoría evolutiva (se selecciona hacia las variantes más transmisibles y eso va de la mano con menor virulencia). Otros dos estudios (1) (2), demuestran que las variantes D614, no son más infecciosas ni transmisibles. En este comentario en la revista Nature, se hace hincapié en el error de hablar de que las variantes son más virulentas cuando no lo son.

Los investigadores japoneses que crearon pseudovirus que llevan la mutación, no han encontrado que la variante Delta confiera una mayor infectividad en el laboratorio, y en la India, otras variantes de coronavirus que incluyen la misma mutación han tenido mucho menos éxito que ella.

Según una investigación publicada en Scientific Reports, ***las personas "vacunadas" pueden desempeñar un papel clave para ayudar a que las 'variantes' del SARS-CoV-2 evolucionen en otras que evadan las "vacunas" Covid existentes***. Los investigadores concluyeron que hay tres factores de riesgo específicos que favorecen la aparición y el establecimiento de una cepa resistente a la vacuna. Estos serían, según ellos: una alta probabilidad de aparición inicial de la cepa resistente; elevado número de personas infectadas; y baja tasa de "vacunación". Sin embargo, el análisis también mostró que ***el mayor riesgo de establecer una cepa resistente ocurre cuando una gran fracción de la población ya ha sido "vacunada" pero la transmisión no está controlada***. El equipo de científicos dijo que sus hallazgos siguen lo que se conoce como presión selectiva, la fuerza que impulsa a cualquier organismo a evolucionar, confirmado también por el Dr. Antonio Alarcos.

Veamos lo que dice una publicación sobre las "vacunas" imperfectas o con fugas:

"¿Podrían algunas vacunas impulsar la evolución de patógenos más virulentos? La sabiduría convencional es que la selección natural eliminará los patógenos altamente letales si la muerte del huésped reduce en gran medida la transmisión. ***Las vacunas que mantienen vivos a los huéspedes pero aún permiten la transmisión podrían permitir la circulación de cepas muy virulentas en una población***. Aquí mostramos experimentalmente que la inmunización de pollos contra el virus de la enfermedad de Marek mejora la aptitud de las cepas más virulentas, lo que hace posible que las cepas hiperpatógenas se transmitan. La inmunidad provocada por la vacunación directa o por la vacunación materna prolonga la supervivencia del huésped pero no previene la infección, la replicación o la transmisión viral, lo que prolonga los períodos infecciosos de las cepas que, de lo contrario, serían demasiado letales para persistir".

En general, "cuantas más personas estén infectadas, más posibilidades hay de que surja la resistencia a la 'vacuna'", dijo Fyodor Kondrashov, del Instituto de Ciencia y Tecnología de Austria.

Los datos son consistentes con un estudio publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que mostró que ***las personas "vacunadas" pueden transmitir la variante Delta con la misma facilidad que las personas no "vacunadas"***.

Un documento elaborado por el Grupo Asesor Científico para Emergencias que asesora al Gobierno del Reino Unido sobre futuras variantes de Covid-19 y las consecuencias de ellas, establece claramente que es probable que surja una nueva variante con una tasa de letalidad del 35%, y la razón es que ***las actuales inyecciones de Covid-19 que se ofrecen no previenen la infección o transmisión de las variantes existentes de Covid-19***. El documento, se publicó en la web del Gobierno del Reino Unido el 26 de julio de 2021 y explora varios escenarios potenciales que podrían ocurrir en el futuro debido al programa de "vacunación" actual y al uso de medicamentos antivirales. El Grupo Asesor Científico para Emergencias (**SAGE**) declara en el documento que la erradicación del Covid-19 es extremadamente improbable y que tienen una alta confianza en que "siempre habrá variantes". Sin embargo, **afirman que la cantidad de variantes depende de una cosa ... El número de medidas de control implementadas por el gobierno del Reino Unido.**

SAGE describe un escenario dentro del documento que establece que existe una posibilidad realista de que pueda surgir una variante de Covid-19 que cause una enfermedad mucho más grave en la población en general de lo que ha ocurrido hasta la fecha. Afirman que incluso podría matar hasta el 35% de las personas a las que infecta. La razón que dan para que ocurra este escenario es que es ***muy poco probable que las "vacunas" actuales de Covid-19 que se ofrecen continúen brindando protección contra enfermedades graves*** si hay una desviación significativa en la secuencia del gen de pico de las variantes futuras. Sin embargo, SAGE afirma que se esperaría un aumento en las hospitalizaciones y muertes incluso si la secuencia del gen del pico no se desvía en variantes

futuras, fundamentalmente porque según reconoce, **las "vacunas" actuales "no previenen completamente la infección en la MAYORÍA de las personas"**. También admite en el documento, que el **programa de "vacunas" actual podría conducir al desastre.** Afirman que **a medida que las "vacunas" contra Covid-19 se implementan en toda la población, *podrían crear una presión de selección para variantes que pueden escapar de la supuesta "inmunidad adquirida por 'vacuna'"***. De igual forma, afirman claramente que **los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus Covid-19 nunca han involucrado el uso del virus Covid-19 en sí**. **En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus**.

Un estudio publicado en la revista PLOS Biology en 2015, diezma por completo la idea de que las "vacunas" para el coronavirus de Wuhan (Covid-19) están ayudando de alguna manera a detener la propagación. Lo que el estudio encontró es que ***algunas vacunas, que el estudio describe como "imperfectas", en realidad contribuyen a una mayor propagación de la enfermedad*.** Las inyecciones "con fugas", ahora sabemos que ejercen una presión selectiva sobre los virus de tal manera que mutan y se pueden volver más virulentos. En el caso de la gripe de Wuhan, esto, puede explicar el que estemos viendo un aumento repentino en la propagación de nuevas "variantes" como "Delta". ***Los que reciben esas inyecciones "imperfectas", terminan convirtiéndose en incubadoras andantes de estas nuevas cepas, que parecen extenderse de los vacunados a otras con las que entran en contacto***.

"¿Podrían algunas vacunas impulsar la evolución de patógenos más virulentos?", se pregunta el estudio en su resumen. "La sabiduría convencional es que la selección natural eliminará patógenos altamente letales si la muerte del huésped reduce en gran medida la transmisión". "***Las vacunas que mantienen vivos a los huéspedes pero aún así permiten la transmisión, podrían permitir que circulen cepas muy virulentas en una población". La llamada "inmunidad" provocada por las inyecciones no puede prevenir la infección, la replicación viral y la transmisión. "Nuestros datos muestran que las vacunas anti-enfermedad que no previenen la transmisión pueden crear condiciones que promuevan la aparición de cepas de patógenos que causan enfermedades más graves en huéspedes no vacunados". Si bien la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la vacuna hace lo contrario. Las vacunas con "fugas" no solo no logran eliminar las cepas virales "potentes", sino que en realidad crean más de ellas*.**

**"*Existe una expectativa teórica de que algunos tipos de vacunas podrían impulsar la evolución de patógenos más virulentos ('más potentes')", explica el estudio. "Esta idea se deriva de la noción de que la selección natural elimina las cepas de patógenos que son tan 'potentes' que matan a sus huéspedes y, por lo tanto, a sí mismos. Las vacunas que permiten que los huéspedes sobrevivan pero no previenen la propagación del*

patógeno, relajan esta selección; permitiendo que se produzca la evolución de patógenos todavía más potentes". Las vacunas "perfectas", como las llaman, no provocan la creación y propagación de nuevas cepas patógenas "potentes" porque bloquean efectivamente la transmisión**.**

Las "vacunas" contra el SARS-CoV-2, diseñadas para inducir anticuerpos neutralizantes (protectores), también pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de los anticuerpos facilitadores de la infección. Esto se conoce como la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) o magnificación de la enfermedad dependiente de anticuerpos y ocurre independientemente de la vacuna, la plataforma y método de entrega (1) (2).

En marzo de 2020, los inmunólogos expertos en vacunas y en coronavirus evaluaron los riesgos de la vacuna contra Covid-19 basándose en los ensayos previos en modelos animales de las vacunas contra el SARS-CoV-1 y el MERS. El grupo de expertos concluyó que el ADE y la inmunopatología eran una preocupación real para las "vacunas" contra Covid-19, pero que su riesgo no justificaba el retraso de los ensayos clínicos, aunque reconocieron que sería necesario un seguimiento continuo de los "vacunados". En una publicación, se ha reportado que los anticuerpos potenciadores de la infección (anticuerpos facilitadores de la enfermedad) dirigidos contra la proteína Spike del SARS-CoV-2 facilitan la infección del virus in vitro, pero no in vivo.

Sin embargo, un trabajo publicado el 9 de agosto de 2021 afirma que la aparición de variantes del SARS-CoV-2, como la variante Delta, puede inclinar la balanza a favor de la intensificación de la infección por acción de los anticuerpos facilitadores. Los autores sostienen que se puede suponer razonablemente que el "equilibrio" entre los anticuerpos neutralizantes y los anticuerpos facilitadores puede diferir mucho, según la cepa del virus. Los anticuerpos facilitadores de Covid-19 reconocen tanto la cepa original de Wuhan como la nueva variante Delta. Los datos más recientes indican que la variante Delta es especialmente bien reconocidas por los anticuerpos facilitadores de la infección. Esto significa que la ***ADE puede ocurrir en las personas que reciben "vacunas" basadas en la secuencia de la Spike de la cepa original de Wuhan y luego se exponen a la variante Delta. Por lo tanto, el riesgo de ADE debe considerarse e investigarse más a fondo, ya que puede representar un riesgo potencialmente peligroso de la "vacunación" masiva durante la actual circulación de la variante Delta*****.** Aunque el riesgo potencial de ADE se anticipó antes del uso masivo de las vacunas Covid-19, la capacidad de los anticuerpos del SARS-CoV-2 para la intensificación de la infección no está siendo monitoreado sistemáticamente para ningún grupo de edad o condición médica al que actualmente se le administra la "vacuna". Además, a pesar de que una gran proporción de la población ya tiene anticuerpos, las pruebas para determinar la presencia de los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 antes de la administración de la "vacuna", no se realizan de forma rutinaria. Incluso Fauci, ha reconocido que los anticuerpos supuestamente creados por las "vacunas" Covid, son los causantes de que el virus se haga más fuerte.

Todos los virus mutan y tratar de culpar a los humanos por este fenómeno es tan estúpido como divisivo. Por ejemplo, la tasa de hospitalización y la tasa de mortalidad de la supuesta variante Delta es considerablemente más baja que para las supuestas variantes anteriores, y lo mismo sucede con la supuesta Ómicron (que es posterior) con respecto a la Delta; por lo tanto, las historias de miedo a su alrededor se han extraviado por completo. A pesar de lo que dicen los medios de desinformación, ***hasta el día de hoy, no existe ninguna evidencia científica robusta de que ninguna de las variantes identificadas para el SARS-CoV-2, sea más transmisible o más mortal que la original, por definición, las variantes son clínicamente idénticas*** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10).

En lo que se refiere a la famosa variante Delta:

Los datos del Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas de la Universidad Johns Hopkins, muestran que en EE.UU. desde el 5 de julio del 21, los casos por millón pasaron de 35 casos a más de 350 casos. Pero a pesar de esto, una investigación realizada por el periodista Taylor Penley para The Western Journal, muestra que la tasa de letalidad en Estados Unidos comenzó a disminuir bruscamente alrededor del 15 de julio. Los datos de Johns Hopkins muestran que la tasa de letalidad pasó de alrededor de 2.29% el 15 de julio a alrededor de 0.70% a partir del martes 10 de agosto. Múltiples fuentes señalan que los datos no son concluyentes sobre si la variante Delta posterior a la "vacuna" es o no más mortal.

Debido a que los datos no son concluyentes, a los llamados expertos en salud pública les gustaba señalar que la mayoría de las muertes por Covid-19 en los Estados Unidos probablemente se debían en aquel momento a la variante Delta, ignorando convenientemente el hecho de que la mayoría de los casos de Covid-19 se podían deber a alguna otra teórica variante posterior a la "vacuna", creada por ellas.

Para complicar aún más las cosas está el hecho de que los analistas no están teniendo en cuenta a las personas que están completamente "vacunadas" contra el Covid-19. Esto significa que ni siquiera se tienen en cuenta las tasas de mortalidad de las personas completamente "vacunadas", y mucho menos en comparación con las tasas de mortalidad de las personas no "vacunadas". Por tanto, **considerando: todo lo expuesto anteriormente, el que la existencia del virus no haya sido demostrada y que los métodos actuales de diagnóstico de la enfermedad no son válidos para tal fin; es imposible justificar de forma práctica, que una supuesta variante es más transmisible o más infecciosa que otra.**

Si se les pregunta a los fabricantes de test sobre la detección específica de la variante Delta u Ómicron mediante esos test, la verdad sale a relucir enseguida: la mayor parte de dichos test, no nos dicen la supuesta variante que tiene la persona, ¿entonces cómo pueden asegurar que una variante X es la dominante? ¿Cómo pueden ofrecer estadísticas diferenciadas por variantes, si el método oficial de diagnóstico es el test PCR? Todavía voy más allá, si el virus no se ha

demostrado que esté aislado y purificado, ¿cómo es posible que se esté hablando de variantes de ese virus?, ¿cómo se puede decir que una cosa es igual o distinta o parecida a otra, si no sabemos cómo es esa cosa?

También en este caso, la ciencia, ha demostrado que el discurso oficial, es incorrecto. Las "vacunas", no solo no protegen de las famosas variantes, sino que además, convierten a los inoculados en más propensos a contraerlas (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7). Por otro lado, esas "vacunas" son también las responsables de la supuesta aparición de esas nuevas variantes (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11), incluso dicho por un premio Nobel. Las "vacunas" hacen más peligroso el virus para los vacunados, especialmente la de Pfizer, lo cual ha sido confirmado por el Dr. Malone.

Un destacado experto en vacunas francés, el profesor **Christian** Perronne, ha afirmado en una entrevista que ***las personas "vacunadas" corren el riesgo de las nuevas variantes y deben ser puestas en cuarentena*.**

Entre otras cuestiones, cuando el entrevistador pregunta: "¿Los no "vacunados" deberían tener miedo de las "variantes" actuales que existen y de las "variantes" venideras?", el profesor contestó:

"¡Exactamente al revés! **Las personas "vacunadas" corren el riesgo de padecer las nuevas variantes**. ***En la transmisión, se ha demostrado ahora en varios países que las personas "vacunadas" deben ser puestas en cuarentena y aisladas de la sociedad. Las personas no "vacunadas" no son peligrosas; las personas "vacunadas" son peligrosas para los demás***. Eso ha sido probado en Israel ahora, donde estoy en contacto con muchos médicos. Ahora están teniendo grandes problemas en Israel: **los casos graves en los hospitales se encuentran entre las personas "vacunadas"**. Y en el Reino Unido también, tenías un programa de vacunación más amplio y también hay problemas".

El Dr. Vanden Bosche:

"**La presión de selección evolutiva sobre el virus a través del "escape inmune" crea cepas cada vez más virulentas del virus que tienen una ventaja competitiva sobre otras variantes y tendrán cada vez más el potencial de romper las defensas de los anticuerpos, proporcionadas por el sistema inmunológico inducido por la "vacuna"**. Esto es 'resistencia a las vacunas'. **Lo que sucede es que los fabricantes de "vacunas" siguen intentando burlar las variantes, pero fracasan. Por lo tanto, siguen impulsando refuerzos y "vacunas" anuales**. Este es el enfoque más es mejor. Esto se ve favorecido por la supresión de muchos hechos negativos sobre las vacunas por parte de los grandes medios".

"**Habrá más mutaciones o variantes a los que el sistema inmunológico adaptativo de las "vacunas" ofrezca poca resistencia**. **Al mismo tiempo, disminuirá la eficacia inmunitaria innata o natural**. A menos que las personas tomen una serie de medidas para aumentar su inmunidad natural".

Bossche apunta constantemente a la falta de evidencia científica de que el programa de "vacunación" masiva global, que no tiene precedentes, funcione.

Él destaca que **los programas de vacunación históricos siempre han enfatizado la importancia de vacunar a las poblaciones de manera profiláctica en ausencia de presión de infección.**

También argumenta que si se usaran diferentes tipos de vacunas que proporcionaran inmunidad esterilizante, es decir, que evitaran el escape inmunológico y mataran todos los virus en los vacunados, la situación sería completamente diferente. La mayoría de la gente no comprende que ***las "vacunas" experimentales actuales en realidad no matan el virus; y que tanto los "vacunados" como los no "vacunados" diseminan el virus. Estas :vacunas" no detienen la transmisión viral***. Y todas las medidas de control del contagio simplemente no funcionan con la eficacia suficiente para detener la propagación generalizada del virus en sus diversas formas.

Pero hay palabras más fuertes recientemente dichas por Bossche a las que hay que prestar atención:

"***Toda persona que está 'parcial' o 'totalmente' 'vacunada' es un sistema de incubación de la enfermedad andante que pone a todos los demás en riesgo de contraer una 'variante' mortal causada por la 'vacuna' que podría matarlos. Los 'vacunados' son asesinos ambulantes que transmiten enfermedades a otros***. Recibir una inyección para la gripe Fauci no solo es una tontería; también es una forma de asesinato en el sentido de que las personas no "vacunadas" ahora corren el riesgo de contraer las enfermedades mortales que se fabrican dentro de los cuerpos de los "vacunados". Si Trump nunca hubiera introducido la vacuna en primer lugar, la pandemia habría desaparecido hace mucho tiempo. **Dado que sus "vacunas" continúan siendo promovidas, la variante 'Delta' se está extendiendo como un incendio forestal, y pronto será seguida por otras 'variantes' a medida que ingresemos a la temporada de otoño**".

En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el Dr. Brian M. Tyson. Kelly preguntó si el Dr. Tyson estaba viendo "casos", en los que las personas que han recibido dos inyecciones están infectadas con Covid:

"Tenemos una alta tasa de casos. Probablemente tenemos entre el 30 y el 40% de todos nuestros pacientes que dieron positivo con las pauta completa. El más enfermo de los pacientes que he tenido hasta ahora ha sido 'vacunado'. Estamos viendo un aumento de las hospitalizaciones en los grupos vacunados. Si compara lo que está sucediendo en Israel y el Reino Unido, tienen números de casos entre vacunados mucho, mucho más altos. Creo que Israel está hasta el 95 por ciento. El Reino Unido, creo, está al 65%. Todos los casos destacados de mis pacientes hospitalizados están vacunados. Son las 'vacunas' las que están impulsando las variantes; si presiono lo suficiente sobre el virus para que cambie, lo hará, (sabemos que los virus de ARN cambian porque la influenza cambia cada año y

cada año tenemos que tener una nueva vacuna). De todos es conocido que si vacuno en masa a una gran población durante una pandemia, voy a cambiar el virus. Y eso es exactamente lo que está sucediendo".

El SARS-CoV-2, supuestamente, es un virus particularmente complejo, que tiene un genoma de ARN dos veces y media más largo que el del virus de la influenza. Sin embargo, independientemente de los posibles sistemas para controlar la integridad de la posible replicación viral, cuanto más largo sea el genoma, mayor será su riesgo de mutación. Por tanto, es muy poco probable que una vacuna contra Covid-19 sea la solución contra Covid-19.

Varios medios de comunicación en el mundo han publicado simultáneamente una historia alegando que las personas no vacunadas están arriesgando su propia salud y se convertirán en posibles fábricas de variantes del coronavirus. De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró recientemente que "cuanto más permitimos que el virus se propague, más oportunidades tiene el virus de cambiar". Esto en sí mismo es un escándalo dado que las "vacunas" utilizan una tecnología completamente nueva, cuya eficacia se ha demostrado que es muy baja, cuyos efectos a corto plazo ya se están viendo y para las que no existen datos a medio y largo plazo. De hecho, en un estudio realizado en Israel, se señala que "los médicos deben tener un alto nivel de sospecha de los síntomas notificados y evitar descartar las quejas relacionadas con la "vacuna" hasta que se confirme otro motivo".

Uno de los enfoques de mayor sentido común para revisar los datos de Covid-19, en medio del brote de la variante Delta, es observar el porcentaje de personas vacunadas en una población regional, y luego mirar el porcentaje de personas vacunadas en el hospital con síntomas "relacionados con Covid". Si la enfermedad Covid es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización, entonces el paciente debe estar grave o gravemente enfermo. Una revisión de las poblaciones/hospitalizaciones del área de Los Ángeles y San Francisco, California, mostró previamente que el porcentaje de pacientes de Covid-19 hospitalizados con la "vacuna" es idéntico al porcentaje de personas "vacunadas" en la población atendida por el hospital. Los mismos resultados se reflejaron en las estadísticas publicadas por la Salud pública escocesa, el porcentaje de personas "vacunadas" hospitalizadas es idéntico al porcentaje de personas "vacunadas" en la población atendida. Por tanto, **la "vacuna" no proporciona ningún beneficio con una enfermedad Covid-19 lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.**

Un estudio basado en un modelo matemático, simula cómo las tasas de "vacunación" y la tasa de transmisión viral influyen en las variantes del SARS-CoV-2. Descubrieron que ***se puede desarrollar el peor de los casos cuando un gran porcentaje de la población está "vacunada", pero la transmisión viral sigue siendo alta, como lo es ahora. Esto representa el escenario principal para el desarrollo de cepas mutantes resistentes***. Como se señala en el estudio:

"… Un resultado contradictorio de nuestro análisis es que el mayor riesgo de establecimiento de cepas resistentes ocurre cuando una gran fracción de la población ya ha sido vacunada pero la transmisión no está controlada. Se han llegado a conclusiones similares en un modelo SIR de la pandemia en curso y un modelo de escape de patógenos de la inmunidad del huésped. Además, se han reportado datos empíricos consistentes con este resultado para la influenza".

Es muy similar al desarrollo de la resistencia a los antibióticos, durante la cual las bacterias mutan y se vuelven más fuertes para sobrevivir al ataque de los agentes antibacterianos. ***Las inyecciones de Covid-19 no bloquean la infección por completo; permiten que ocurra la infección y no permiten disminuir los síntomas, durante ese tiempo los virus pueden mutar para evadir el sistema inmunológico***.

En una persona no "vacunada", el virus no encuentra la misma presión evolutiva para mutar en algo más fuerte pero, según Paul Bieniasz, un investigador en la Universidad Rockefeller, ***los individuos parcialmente "vacunados" "podrían servir como una especie de caldo de cultivo para el virus para adquirir nuevas mutaciones***".

Los datos epidemiológicos disponibles a nivel mundial son suficientes para demostrar que la** "vacunación" no protege **contra la contaminación y transmisión de SARS-CoV-2, en particular del Delta actual (o India), lo cual, contradice las reiteradas declaraciones de representantes del poder ejecutivo y de muchos medios de "comunicación". ***La "vacunación" no es la solución milagrosa anunciada para frenar la epidemia, el chantaje formulado por unos y por otros, referentes a "vacunación" general o a supuestas medidas de contención, se basa en una mentira***.

El Dr. Vladimir "Zev" Zelenko, advirtió contra la "vacunación" de las personas en medio de la supuesta pandemia del coronavirus de Wuhan (Covid-19), y señaló que ***hacerlo permite que el virus evolucione hacia variantes más peligrosas que eluden la inmunidad***.

"Cada virus desarrolla mutaciones, les da beneficios de supervivencia. Así que es natural que surjan algunas variantes de esa manera". "***Si 'vacunas' a las personas durante una pandemia activa, estás provocando una presión evolutiva para hacer variantes más*** peligrosas". "En el caso de India, fue el uso de la 'vacuna' Sinovac lo que realmente promovió la aparición de la (supuesta) variante Delta [B16172]. Vemos que Sinovac vuelve a ser el estímulo para el surgimiento de la (supuesta) variante Lambda [C37] fuera de Perú. Entonces, ***la 'vacunación' masiva está, en cierto sentido, creando el problema de este*** escape ***inmunológico del virus***". "No tengo pruebas para ello, pero es una deducción lógica. Dado que sabemos que Covid-19 es un arma biológica hecha por el hombre, las mismas personas que crearon el arma inicial también podrían crear las variantes".

Hace varios meses, la Dra. Karina Acevedo, realizó una charla sobre la "aparición" de las variantes de SARS-CoV-2 en el contexto de las presiones selectivas. En

dicha charla explicó lo que es la mutación y las tasas de mutación, y explicó cómo la selección natural opera sobre aquellas mutantes (es decir, variantes) que tienen una ventaja en ese momento. También explicó cómo, para un supuesto virus como SARS-CoV-2 que no utiliza una transmisión dependiente de la frecuencia de la interacción, sino de la densidad de la población, y que tiene las características patogénicas de este virus, entonces son favorecidas variantes que, teóricamente, sean más transmisibles y menos virulentas.

La información que presentó en la charla no es novedosa ni rompe paradigmas; más bien se basa en conocimientos sólidos que son indispensables de tener para comprender la dinámica de las infecciones virales, sobre todo en el contexto de la vacunación global (sin precedentes) durante la pandemia. ***Bajo esta comprensión evolutiva podemos establecer que 1) es normal que surjan variantes de virus; 2) la mayoría no tiene ninguna ventaja, 3) las variantes que tengan ventaja van a ser seleccionadas, 4) se seleccionará teóricamente, hacia una mayor transmisibilidad y una menor virulencia, y 5) la mayor presión selectiva la están ejerciendo los "vacunados" dado que la inmunidad que confieren es imperfecta y especializada en un solo blanco antigénico (de la proteína Spike) en comparación con la inmunidad que se genera durante infecciones naturales, que generan respuestas contra múltiples y diversos blancos antigénicos (de las proteínas Spike, nucleocápside, envoltura, matriz y ARN polimerasa)***.

No fue la única voz que dijo algo al respecto, y en el vídeo citado, muestra publicaciones que modelaban la aparición de variantes en el contexto de la evolución y la presión selectiva de las "vacunas". Lo triste es que, como ha sido común en estos tiempos, incluso científicos expertos en teoría evolutiva se negaron a recordar sus bases, y siguieron haciendo eco de la narrativa oficial que clamaba que "eran los no 'vacunados' la causa de la aparición de las variantes", lo que equivale a decir que la resistencia bacteriana a antibióticos es culpa de quienes no toman antibióticos. Sin comentarios…

De cualquier manera, la verdad, como siempre, sale a flote (aunque haya quienes se resisten a verla). En un estudio publicado en la revista Journal of Physical Chemistry Letters, Wang y colaboradores demuestran justo ese escenario: ***la aparición de supuestas variantes con mutaciones que podrían ayudar a escapar de los teóricos anticuerpos "vacunales" se correlaciona positivamente con las tasas de "vacunación" en 12 países de Europa y América. En otras palabras, cuanto más se "vacuna", más se dan esas variantes que evaden las teóricas respuestas inmunes que ocasionan las "vacunas"***.

Cuando ocurren mutaciones (recuerden que una mutación es un error en el copiado del genoma, y se dan de manera natural y espontánea), no todas tienen una relevancia o una ventaja para el virus. Sin embargo, algunas sí le dan esa ventaja. En el estudio muestran que muchos supuestos linajes genéticos de SARS-CoV-2 han llegado a tener las mismas mutaciones (como una conocida como Y449S) que le permiten escapar a la protección inmune que genera la "vacuna". Por otro lado, las variantes que son neutralizadas adecuadamente

(como ocurre con la inmunidad que se da por haberse infectado naturalmente con SARS-CoV-2), no pueden competir y se extinguen.

El estudio es riguroso y extenso, y con base en los resultados de ese estudio y de otro (todavía en preprint) de los mismos autores, concluyen que debido a la aparición de múltiples mutaciones que llevan a un escape de los anticuerpos "vacunales", es indispensable comprender la transmisión y evolución de este virus (lo que algunos llevan meses diciendo). Al inicio de la pandemia, SARS-CoV-2 evolucionó de forma que las variantes que tuvieron una ventaja eran aquellas que permitían mayor infectividad. Desde marzo de 2021 (cuando ya estaba en marcha la vacunación global), las variantes que tienen ventaja son aquellas que contienen mutaciones que permiten la evasión de la inmunidad de las "vacunas". Estas se volverán más importantes con el paso del tiempo. Aunque los autores no indican esto, la Dra. Karina Acevedo, expuso una conclusión lógica: ***si seguimos intentando detener (o "erradicar" como parecen querer algunos) a SARS-CoV-2 mediante la "vacunación", estamos condenados a fracasar***.

Ómicron

En tan solo un par de días después de anunciar que se ha descubierto una "nueva variante" en África, las grandes farmacéuticas prometieron al mundo que se apresuran a rescatar a todos con nuevos medicamentos y nuevas "vacunas" para luchar contra esta "nueva variante mortal". Vamos a mostrar claramente cómo **esta nueva variante** que están promocionando como una nueva película que quieren que todos vean, ***es una estafa completa***.

Primero veamos la cronología:

Viernes 26 de noviembre. El aviso TAG-VE fue publicado por la OMS.

Domingo 28 de noviembre. Dos días después del aviso de TAG-VE, el domingo (28 de noviembre) en Ginebra, la OMS emitió una declaración titulada: "Actualización sobre Ómicron". Se redactó apresuradamente tras el aviso de TAG-VE del viernes. Si bien la Actualización Oficial de la OMS sobre Ómicron pasó prácticamente desapercibida, invalida la advertencia del grupo asesor técnico (TAG-VE) del 26 de noviembre, así como las "Advertencias" del Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom. También refuta la decisión del grupo (TAG-VE) de clasificar la variante Ómicron como un virus preocupante (VOC). A continuación se muestra un extracto de la actualización. Puede leer el texto completo aquí:

"Aún no está claro si la infección por Ómicron provoca una enfermedad más grave en comparación con las infecciones con otras variantes, incluida Delta. Los datos preliminares sugieren que hay un aumento de las tasas de hospitalización en Sudáfrica, pero esto puede deberse al aumento del número total de personas infectadas, más que al resultado de una infección específica con Ómicron. Actualmente no hay información que sugiera que los síntomas asociados con Ómicron sean diferentes de los de otras supuestas variantes".

Lunes 29 de noviembre de 2021. Los informes de los médicos en Sudáfrica confirman inequívocamente que el aviso de TAG-VE es falso. Según la Dra. Angelique Coetzee, médica privada y presidenta de la Asociación Médica de Sudáfrica: "Lo que estamos viendo clínicamente en Sudáfrica, y recuerde que estoy en el epicentro de esto donde estoy practicando, es extremadamente leve, para nosotros estos son casos leves. No hemos admitido a nadie, he hablado con otros compañeros y me dan la misma imagen".

A pesar de la advertencia de TAG-VE, el personal de la OMS se ha opuesto a la interrupción de los viajes aéreos. El director regional de la OMS para África, el Dr. Matshidiso Moeti, pidió a los países que sigan la ciencia y las regulaciones sanitarias internacionales para evitar el uso de restricciones de viaje.

En un artículo titulado "Suspiro de alivio en Sudáfrica cuando la variante de Ómicron parece ser 'súper suave'", el autor afirma lo siguiente:

"Los expertos de la OMS y el coronavirus están cada vez más convencidos de que la nueva variante de Ómicron es 'súper leve' y, hasta ahora, no ha provocado un aumento en las tasas de muerte por Covid en ninguna parte del sur de África.

La OMS está pidiendo esta mañana a los países que eliminen las restricciones de viaje y pongan fin a la histeria masiva, y en su lugar sean cautelosamente optimistas a medida que más y más informes de Sudáfrica sugieren que la nueva variante Ómicron no es más letal que la variante Delta anterior.

De hecho, no ha habido informes de hospitalizaciones o muertes como resultado de que alguien haya sido diagnosticado con Ómicron.

La mayoría de los pacientes simplemente experimentan un fuerte dolor de cabeza, náuseas, mareos y un pulso alto, según los hospitales y médicos de África meridional".

Según la Dra.Catherine Smallwood, oficial superior de emergencias de la Oficina Regional de la OMS para Europa con respecto a las restricciones de viaje: "Ese tipo de medidas extremas no son nuestras recomendaciones. Este tipo de intervenciones no son sostenibles".

29 de noviembre de 2021. La posición del Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom, es una estafa política, totalmente reñida con la de su propio personal. Aquí se muestra la "advertencia" en esa fecha del Dr. Tedros Adhanom.

01 de diciembre de 2021. A continuación, el Director General de la OMS ofrece una conferencia de prensa sobre la variante Ómicron:

"Es comprensible que la aparición de la variante Ómicron haya captado la atención mundial. Al menos 23 países de cinco de las seis regiones de la OMS han notificado casos de Ómicron y esperamos que ese número aumente. La OMS se toma este desarrollo con extrema seriedad, al igual que todos los países. Pero no debería sorprendernos. Eso es lo que hacen los virus. Y es lo que seguirá

haciendo este virus, siempre y cuando permitamos que continúe propagándose. Aunque continuamente estamos aprendiendo más sobre Ómicron, todavía hay más que aprender sobre su efecto sobre la transmisión, la gravedad de la enfermedad, la efectividad de las pruebas, la terapéutica y las 'vacunas'".

La declaración del Grupo Asesor Técnico patrocinado por la OMS (TAG-VE) es falsa. No tiene base científica. Sirve a intereses políticos. Crea caos económico y social. No refleja la posición de la OMS como organismo intergubernamental representativo de las Naciones Unidas. Ha contribuido a alimentar la campaña del miedo, en gran parte con miras a justificar una nueva ola de medidas políticas represivas de Covid-19, incluida la brutal aplicación del mandato de la "vacuna". Irónicamente, el aviso de TAG-VE fue refutado inmediatamente 2 días despúés por el personal de la OMS en una "actualización" oficial.

En julio del 21, cuando apareció la supuesta "variante Delta", se público una entrevista con el Dr. David Martin, PhD, quien fue entrevistado por el abogado Reiner Fuellmich. Explicó cómo no existen variantes de la Covid-19. Todas son simulaciones por computadora de secuencias de genes específicas.

Se extrajeron unos 19 minutos de esa entrevista y están aquí. Alrededor de los 14 minutos de este vídeo, el Dr. Martin afirma:

No existe una variante alfa, beta o gamma o delta. Este es un medio por el cual lo que se busca desesperadamente es un grado en el que los individuos pueden ser obligados a aceptar algo que de otro modo no aceptarían.

No ha habido en ninguno de los estudios publicados en lo que supuestamente ha sido la variante Delta, no se ha calculado la tasa de replicación real. Lo que se ha estimado son simulaciones por computadora.

No ha habido capacidad para identificar ninguna secuencia de genes clínicamente alterada, que luego tiene una variación clínicamente expresada.

Y este es el problema desde el principio. Este es el problema que se remonta al comienzo de lo que supuestamente es una pandemia, es que ***no tenemos ninguna evidencia de que la alteración de la secuencia genética tenga algún significado clínico***.

No ha habido un solo artículo, publicado por nadie, que realmente haya establecido que cualquier cosa novedosa desde noviembre de 2019 tenga una distinción clínica de cualquier cosa anterior a noviembre de 2019.

El problema con las 73 patentes que describí es que todas esas 73 patentes contienen lo que se informó que era novedoso en diciembre y enero de 2019 y 2020, respectivamente.

Entonces, el problema es que incluso si aceptamos que hay neumonías idiopáticas, incluso si aceptamos que hay algún conjunto de síntomas inducidos por patógenos, no tenemos ni una sola pieza de evidencia publicada que nos diga que algo sobre el subclado Sars-CoV-2 tiene una distinción clínica de todo lo que se conocía y publicaba antes de noviembre de 2019 en 73 patentes que datan de 2008.

No hay, y voy a repetir esto, no hay evidencia de que la variante Delta sea de alguna manera distinta de cualquier otra GISAID.

El hecho de que ahora estemos buscando una cosa no significa que sea una cosa, porque estamos mirando fragmentos de cosas, y el hecho es que si elegimos cualquier fragmento, podría venir mañana con la variante "Omega".

Y podría pensar en una variante de "Omega" y podría decir que estoy buscando esta subcadena de ADN o ARN, o incluso una proteína, y podría correr alrededor del mundo diciendo "¡Oh, Dios mío! ¡Teme a la variante Omega!"

Y el problema es que, debido a la naturaleza de la forma en que actualmente secuenciamos los genomas, que en realidad es un proceso de composición, no tenemos ningún punto de referencia que nos permita saber si lo que estamos viendo es, de hecho, distinto en sentido clínico o incluso genómico.

Y entonces estamos atrapados en un mundo donde, desafortunadamente, si vas y miras, como yo lo he hecho, en los documentos que aislaron la variante Delta, y de hecho haces la pregunta, la variante Delta es algo más que la selección de una secuencia en un cambio sistemático de otra secuencia ya revelada, la respuesta es que es solo una alteración, en el momento en que inicia y detiene lo que se llama el marco de lectura.

Dos semanas antes de que esta nueva variante actual apareciera repentinamente en África y comenzara a aparecer en el ciclo de noticias, Israel, que ha sido el laboratorio humano de Pfizer para probar sus inyecciones de Covid, ejecutó una simulación de "juegos de guerra" para prepararse para una "nueva variante mortal" que en ese momento aún no había sido nombrada. Llamaron a esta futura variante "Omega" y la simulación se llevó a cabo el 11 de noviembre de 2021.

El Jerusalem Post informó:

Docenas de altos funcionarios participaron el jueves en lo que el primer ministro Naftali Bennett llamó un ejercicio de guerra Covid-19 para medir la preparación del país para la próxima ola de la pandemia.

"Estamos comenzando un evento sin precedentes aquí", dijo el primer ministro al comienzo del ejercicio, "no solo a escala israelí sino a nivel mundial. Estamos realizando un ejercicio de guerra para prepararnos para una nueva variante que ni siquiera existe todavía".

El "Ejercicio Omega", como lo llamó Bennett, se llevó a cabo en el formato de un "juego de guerra", dijo la Oficina del Primer Ministro. Bennett se ha referido regularmente a la "cepa Omega", la próxima variante dañina de Covid-19 que aún no se ha descubierto. Un juego de guerra es un juego de la mente; no se realizaron ejercicios físicos.

Bennett dijo que Israel ha emergido de la ola Delta sin bloquearse, lo que demuestra que "con una gestión adecuada, la pandemia puede ser derrotada".

Hasta ahora, África ha sido un enigma para la narrativa de los globalistas sobre la plandemia de Covid-19, ya que el continente tiene las tasas más bajas de "vacunación" contra Covid-19, mientras que también tiene la menor cantidad de "muertes por Covid-19".

Ryan McMaken del Instituto Mises informó:

Desde el comienzo del pánico Covid, la narrativa ha sido la siguiente: implemente bloqueos severos o su población experimentará un baño de sangre. Las morgues se verán abrumadas, el número total de muertos será asombroso. Luego, una vez que las "vacunas" estuvieron disponibles, la narrativa se modificó para que diga: pínchese y la Covid dejará de propagarse. Aquellos países sin 'vacunas', por otro lado, continuarán enfrentando bajas masivas.

La narrativa del encierro, por supuesto, ya ha sido completamente anulada. Las jurisdicciones que no bloquearon o adoptaron solo bloqueos débiles y breves terminaron con cifras de muertes que fueron similares, o incluso mejores que las cifras de muertes en países que adoptaron cierres draconianos. Los defensores del bloqueo dijeron que los países bloqueados estarían abrumadoramente mejor. Estas personas estaban claramente equivocadas.

Sin dejarse intimidar por la creciente inverosimilitud de la narrativa del encierro, los burócratas de la salud mundial están, no obstante, abogando por las "vacunas" forzadas, como vemos ahora en Austria, y siguen teniendo la seguridad de que solo los países con altas tasas de "vacunación" pueden esperar evitar resultados desastrosos.

Sin embargo, la experiencia en el África subsahariana pone en duda estas dos narrativas: las cifras de África han sido mucho, mucho más bajas de lo que advirtieron los expertos.

Sin embargo, durante mucho tiempo se ha predicho un desastre para África por varias razones, incluso más allá de la disponibilidad de "vacunas". Por ejemplo, se sabe que los encierros son especialmente imprácticos en las partes más pobres del mundo. Esto se debe a que las poblaciones en lugares con economías no desarrolladas no pueden simplemente quedarse en casa y vivir de ahorros o deudas. Más bien, estas personas deben salir al mundo y ganarse la vida en el día a día. El hambre es la alternativa.

Además, gran parte de este trabajo se realiza en la economía informal, por lo que hacer cumplir los bloqueos se vuelve especialmente difícil.

También se asumió que la Covid sería especialmente mortal en África debido al hecho de que muchos hogares grandes viven en pequeñas unidades de vivienda.

Pero esa “sabiduría convencional” contradice la realidad de la Covid en África, que es que ha habido menos muertes.

Según los informes, esta supuesta nueva variante se ha encontrado en Sudáfrica, y las supuestas primeras detecciones provienen de Botswana. La variante ahora tiene un nombre, Ómicron, y mientras los medios corporativos lo exageran y crean miedo, la gente de África no está preocupada.

Paul Joseph Watson de Summit News informó:

La nueva variante, que algunos afirman que es tres veces más contagiosa, se descubrió inicialmente en Botswana antes de que se extendiera por Sudáfrica. La noticia fue recibida con alarma mundial, lo que provocó que los mercados financieros se desplomaran y se establecieran nuevas prohibiciones de viaje.

Según una declaración pública del gobierno de Botswana, la nueva mutación se descubrió por primera vez en cuatro personas que habían recibido ambas dosis de la “vacuna” Covid-19. Según el informe, cuatro casos de la nueva variante “fueron denunciados y registrados” el 22 de noviembre. "El informe preliminar reveló que los cuatro habían sido completamente vacunados contra Covid-19", según las autoridades de Botswana. En una declaración posterior, el gobierno reveló que la nueva variante "fue detectada en cuatro extranjeros que habían ingresado a Botswana el 7 de noviembre de 2021, en misión diplomática".

Mientras tanto, la directora médica de Sudáfrica, la Dra. Angelique Coetzee, describió el pánico como una "tormenta en una taza de té", y agregó que hasta ahora solo había visto "casos muy, muy leves" de la variante (Artículo completo aquí).

En una entrevista concedida a la BBC, la doctora explicó que, hasta aquel momento, los pacientes contagiados habían presentado síntomas muy leves: "**No hemos hospitalizado a nadie aún. He hablado con otros colegas y el panorama es el mismo**".

Según relató, todo empezó el pasado 18 de noviembre, cuando atendió a un paciente de unos 30 años que decía llevar días sintiéndose cansado y con cierto malestar. "**Tenía un poco de dolor de cabeza, no tenía realmente dolor de garganta, lo describió más bien como una picazón, sin tos ni pérdida de gusto u olfato**", ha aclarado la doctora.

A pesar de la alarma generada, la doctora insistió en que, en aquel momento, los síntomas no revestían gravedad. No en vano, reconoció que **esta variante podría haber pasado inadvertida: "Si no fuese por el hecho de que**

nosotros en Sudáfrica no habíamos visto casos de Covid en las últimas semanas, la habríamos pasado por alto".

El ministro de Salud de Sudáfrica, Joe Phaahla, también declaró que los medios corporativos estaban convirtiendo aquello en un problema mayor de lo que debería ser.

Kit Knightly, escribiendo para Off-Guardian.org informó:

Si quieres saber exactamente cómo afectará la variante de Ómicron a la narrativa, bueno, The Guardian ha hecho una práctica guía de "aquí están todas las tonterías que te vamos a vender durante las próximas semanas":

La variante Ómicron es más transmisible, pero aún no saben si es más peligrosa (manteniendo abiertas sus opciones).

Se originó en África, posiblemente mutando en un "paciente de SIDA no tratado" (los enfermos son caldo de cultivo para "mutaciones" peligrosas).

"Tiene más del doble de mutaciones que Delta… los científicos anticipan que el virus tendrá más probabilidades de infectar, o reinfectar, a las personas que tienen inmunidad a variantes anteriores (socavando la inmunidad natural, vendiendo más potenciadores, manteniendo la fiesta del miedo).

"A los científicos les preocupa" que las "vacunas" actuales no sean tan efectivas contra la nueva cepa, es posible que deban "modificarlas" (obtenga sus refuerzos y el nuevo refuerzo que aún no hemos inventado)

"Los científicos esperan que los medicamentos antivirales aprobados recientemente, como la píldora de Merck, funcionen con la misma eficacia contra la nueva variante" (más sobre esto más adelante).

Ya se está extendiendo por todo el mundo y es posible que se necesiten prohibiciones de viaje para evitar la necesidad de otro bloqueo.

Ya estamos viendo preparativos para más "medidas de salud pública", con la prensa citando sin aliento a funcionarios de salud pública "preocupados". Se nos dice que no será necesario un nuevo bloqueo siempre y cuando recordemos que debemos cuidarnos y usar mascarillas y bla, bla, bla.

En términos generales, todo es una tontería aterradora.

Y, por supuesto, las grandes farmacéuticas ya tienen sus "píldoras mágicas" casi listas para que la autorización de uso de emergencia entre y "salve el mundo".

La "nueva variante" ya se describe como potencialmente resistente a las vacunas, pero NO a los nuevos medicamentos antivirales.

Los gigantes farmacéuticos Merck y Pfizer están trabajando en "píldoras Covid", que tan recientemente estaban siendo promocionadas en la prensa.

En los Estados Unidos Solo se puede emitir una autorización de uso de emergencia si no hay un medicamento o tratamiento efectivo disponible, por lo que las "vacunas" que no sean a prueba de Ómicron serían vitales para lanzar las píldoras al mercado de Estados Unidos, al menos.

Si se encuentra que Ómicron es "resistente a las vacunas", pero NO a las píldoras, eso dará a los gobiernos una excusa para apresurarse a aprobar las píldoras en un EUA, tal como lo hicieron con las "vacunas".

Entonces, puedes apostar su trasero a que las pruebas serán "rápidas". Súper rápido. Parpadea y te lo perderás. Rápido hasta el punto de que ni siquiera estás seguro de que haya sucedido definitivamente. Y ahora tienen una excusa.

Realmente, todo es más de lo mismo.

Un susto antes del nuevo año y para después también. Una excusa para hacer creer a la gente que su Navidad podría estar en peligro. Un ejercicio para flexionar un poco sus músculos de control, sacar aún más dinero de la multitud, ahora nuevamente aterrorizada por la variante Ómicron, y un buen "empujón" navideño para el precio de las acciones de Pfizer en constante inflación.

La simulación israelí predijo "hospitalizaciones masivas y cierres de escuelas" entre los niños. ¿Cómo podrían predecir eso, dado que los niños han sido en su mayoría inmunes a la Covid-19?

Ellos hicieron la predicción debido a que Israel, junto con los Estados Unidos, recientemente, comenzaron a inyectar a niños entre las edades de 5 y 11 con las inyecciones de Pfizer Covid-19, y saben muy bien que pronto se producirán lesiones y muertes en este grupo de edad.

Podemos estar seguros de que cuando los informes comiencen a llegar pronto sobre estos niños que sufren enfermedades cardíacas, coágulos de sangre y MUERTES, culparán a esta nueva variante falsa.

Y para empeorar las cosas, y crear aún más miedo, los hospitales estarán sobrecargados y no podrán atender a muchos de estos niños, NO porque la "nueva variante" sea tan fuerte y destructiva, sino porque han destruido las salas de emergencia y los hospitales por despedir u obligar a muchos miembros del personal a renunciar debido a los mandatos de la "vacuna" Covid-19.

Todos coinciden en que las "vacunas" y otras medidas que se han tomado para supuestamente combatir el "Covid-19" han fracasado.

Con la creación de esta nueva variante falsa, en realidad han tenido que admitir que aquellos que han sido completamente "vacunados" y tienen sus pasaportes de salud, pronto necesitarán comenzar de cero nuevamente y aceptar todos los nuevos medicamentos y las "vacunas" de refuerzo reutilizadas para poder tener un "pasaporte" que les permita participar en la sociedad.

Por otro lado, existe amplia evidencia de fraude político descarado. ***Una nueva variante detectada en Sudáfrica se utilizó para justificar una nueva ola de restricciones y violaciones de los derechos humanos fundamentales***.

La narrativa "variante" se basa en ciencia falsa. ¿Cómo se detectan e identifican "las nuevas cepas" del virus original?

La metodología aplicada a nivel mundial, para detectar Covid-19 es la prueba de PCR. Sin embargo, la prueba revela fragmentos genéticos de varios virus (por ejemplo, la corona y la influenza estacional). En ningún caso identifica el virus (o sus variantes). La prueba de PCR no detecta la variante de micrones de Covid-19.

Según el Dr. Kary Mullis, inventor de la técnica de PCR: "La PCR detecta un segmento muy pequeño del ácido nucleico que forma parte de un virus en sí mismo". Según el renombrado inmunólogo suizo Dr. B. Stadler: "Entonces, si hacemos una prueba de coronavirus utilizando un PCR en una persona inmune, no es un virus lo que se detecta, sino una pequeña parte destrozada del genoma viral. La prueba da positivo mientras queden pequeñas partes destrozadas del virus".

Además, como ya he mencionado anteriormente, no hay ningún aislado del "nuevo" coronavirus registrado.

Sin embargo, la cuestión de fondo no se refiere a la identidad del virus. Lo que está en juego es que ***el "nuevo" coronavirus original de 2019 nunca fue aislado y purificado por la OMS, responsable de la configuración de la prueba de PCR***.

Como también he mencionado antes, en vista de la ausencia de un aislado del 2019 - nCoV original (posteriormente rebautizado como CoV-SARS-2), la OMS decidió desde el principio en enero de 2020 utilizar como "punto de referencia" (en términos de secuencias genéticas) el virus del SARS-CoV 2003 "similar" , que sin duda, teóricamente, ha mutado extensamente durante los últimos 19 años.

¿Se está utilizando este "punto de referencia" del SARS-CoV-1 2003 para detectar e identificar (prueba RT-PCR) las supuestas variantes Ómicron y Delta del "nuevo" virus corona "original" de 2019 (SARS-CoV-2)?

Evaluación errónea del Grupo Asesor Técnico de la OMS

El que es "grupo asesor técnico" confirmó en un informe de fecha 26 de noviembre 2021 que la **prueba de PCR se utilizó para identificar la supuesta variante Ómicron del SARS-CoV-2 a pesar del hecho de que no se existe un aislado del supuesto coronavirus original de 2019, ni la técnica de PCR está en condiciones de detectar las supuestas variantes del virus original**.

"… En las últimas semanas, las infecciones han aumentado considerablemente, coincidiendo con la detección de la variante B.1.1.529. La primera infección

confirmada conocida por B.1.1.529 fue de una muestra recolectada el 9 de noviembre de 2021.

Esta variante Ómicron tiene un gran número de mutaciones, algunas de las cuales son preocupantes. La evidencia preliminar sugiere un mayor riesgo de reinfección con esta variante, en comparación con otros COV. El número de casos de esta variante parece estar aumentando en casi todas las provincias de Sudáfrica. **Los diagnósticos actuales de PCR de SARS-CoV-2 continúan detectando esta variante**. **Varios laboratorios han indicado que para una prueba de PCR ampliamente utilizada**, uno de los tres genes diana no se detecta (llamado abandono del gen S o falla de la diana del gen S) **y, por lo tanto, esta prueba puede usarse como marcador para esta variante, a la espera de la confirmación de la secuenciación**. Usando este enfoque, esta variante se ha detectado a tasas más rápidas que los aumentos repentinos de infección anteriores, lo que sugiere que esta variante puede tener una ventaja de crecimiento".

Es importante señalar que los informes a nivel de país que se citan a continuación confirman que la prueba de PCR no válida se estuvo utilizando para detectar / identificar casos de infección por Ómicron Covid-19 entre los pasajeros de las aerolíneas que llegaban cuando apareció. "El Reino Unido exige que los viajeros se **sometan a una prueba de PCR** y se pongan en cuarentena a su llegada hasta que se devuelva un resultado negativo".

Los funcionarios de salud en Nueva Gales del Sur, Australia, **comenzaron las pruebas urgentes** después de que dos personas que llegaron en un vuelo desde el sur de África durante la noche dieron positivo al coronavirus, informa Reuters [**prueba de PCR**].

… Se está llevando a cabo una secuenciación genómica urgente para determinar si han sido infectados por la nueva variante Ómicron de preocupación", dijo el departamento de salud de Nueva Gales del Sur en un comunicado.

Guardian, 27 de noviembre de 2021:

"Suiza ha ampliado los requisitos de cuarentena para detener la propagación de la nueva variante del coronavirus Ómicron a los viajeros que llegan de Gran Bretaña, la República Checa, los Países Bajos, Egipto y Malawi, donde se han detectado casos, dijo su ministerio de salud.

El viernes, Suiza prohibió los vuelos directos desde Sudáfrica y la región circundante debido a la detección de la nueva variante, al tiempo que impuso restricciones a los viajes desde otros países, incluidos Hong Kong, Israel y Bélgica. Israel prohibirá la entrada de visitantes de todos los países debido a la variante Ómicron, informa Reuters.

La decisión del gobierno de volver a implementar la necesidad de una prueba de PCR de todas las personas que llegan al Reino Unido desde el extranjero el día dos, con autoaislamiento **hasta que se informe una prueba [PCR] negativa**,

aunque frustrante para quienes viajan, es esencial en para identificar rápidamente los casos de infección con la variante Ómicron e implementar un aislamiento rápido y un rastreo de contactos específico para limitar la propagación de la variante en el Reino Unido".

Las declaraciones políticas engañosas con respecto a la variante Ómicron, **no tienen base científica**. El objetivo tácito siempre fue justificar nuevas medidas de política represiva, incluido el pasaporte de "vacunas", así como la desestabilización de la industria aérea en todo el mundo, que desde marzo de 2020 ya se encontraba en estado de quiebra. Vale la pena señalar que ***el informe de la OMS sobre la supuesta variante Covid Ómicron, descrita como "mortal", se publicó el viernes 26 de noviembre, dos días antes del referéndum nacional de Suiza sobre el pasaporte de "vacunas" (28 de noviembre de 2021)***.

La Dra. Karina Acevedo hizo un vídeo corto en el que describe lo que se sabía sobre la supuesta variante poco después de aparecer y habla sobre el importantísimo hecho de que ***no se contaba en aquel momento con ninguna evidencia para hacer las aseveraciones que la prensa y autoridades varias están haciendo en relación a la severidad y transmisibilidad de la variante Ómicron***.

Por la información que se tiene sobre los virus, esto es normal. Como señaló el Dr. Paul Elias Alexander, del Brownstone Institute:

"La OMS ha dicho que la variante Ómicron se puede propagar más rápido que otras variantes. Tal vez sea cierto. Eso pasa con todos los virus.

Son mutables y mutan, y según la teoría de trinquete de Muller, esperamos que sean mutaciones cada vez más leves y no más letales, dado que el patógeno busca infectar al huésped y no llegar a un fin evolutivo.

El virus mutará a la baja para que pueda usar al huésped (nosotros) para propagarse a través de nuestra maquinaria metabólica celular. La variante Delta nos demostró lo siguiente: es muy infecciosa pero casi no es letal, sobre todo en niños y personas sanas.

Con respecto a esta nueva variante, Ómicron, no hay reportes de una mayor letalidad, y por lo que hemos visto con Delta y variantes anteriores, así se mantendrá. Aunque no hay garantías, operamos en función del riesgo y todo apunta que sucederá lo mismo con esta variante.

El hecho de que pueda haber una ola en Sudáfrica no significa que habrá olas en los Estados Unidos, Israel u otros lugares con mayor inmunidad natural, la cual se obtuvo cuando permitieron que las personas realizaran sus actividades cotidianas.

Así que es probable que los países que levantaron los confinamientos no deban preocuparse por esta variante. Todo esto es otra reacción exagerada de la OMS y los gobiernos, que les encanta aplicar el refrán: mucho ruido y pocas nueces".

A pesar de que todo parece indicar que ***la campaña de "vacunación" masiva está detrás de todas estas mutaciones del virus***, los gobiernos de todo el mundo le siguen apostando a esta estrategia fallida. Según ellos la solución es aplicar más dosis de refuerzo.

En palabras de Anthony Fauci, director de los Institutos Nacionales de Alergias y Enfermedades Infecciosas, "la variante Ómicron podría evadir tanto los anticuerpos monoclonales como los anticuerpos inducidos por la 'vacuna' antiCovid". Poco después, el Dr. Francis Collins, director de los Institutos Nacionales de Salud, se apegó a ese mismo guion cuando dijo lo siguiente a los televidentes del canal Fox News:

"Por favor, si es de las personas que piensa que hasta no ver no creer, entonces, como puede ver este es el momento de ir por su dosis de refuerzo, o si aún no se ha 'vacunado', este es el momento de hacerlo".

Si consideramos que ***las "vacunas" no*** protegen ***contra la infección o la propagación, así como el hecho de que, al parecer, Ómicron surgió en pacientes con esquema de "vacunación" completo, entonces estas declaraciones no tienen ningún sentido. Es más, si la variante de Ómicron en realidad evade los anticuerpos inducidos por las "vacunas" antiCovid, entonces ¿para qué sirven las "vacunas"?***

Una variante que evade ***la "vacuna" es una clara evidencia de que la "vacunación" masiva está detrás de las mutaciones más problemáticas, por lo que las recomendaciones simplemente no concuerdan con los datos disponibles***.

Veamos un testimonio esclarecedor, el del Dr. Mark J Bailey:

En nuestro ensayo: "El fraude de la Covid-19 y la guerra contra la humanidad", el Dr. John Bevan-Smith y yo describimos la situación del Covid-19 como compuesta de "numerosas afirmaciones absurdas". ***El reciente anuncio de la 'variante' de Ómicron está configurado para agregar otro capítulo al libro de afirmaciones absurdas***. Un capítulo sobre más de las creaciones mágicas de la virología moderna.

A los pocos días del "descubrimiento", la nueva palabra de moda "Ómicron" se estaba difundiendo por todo el mundo. Una vez más, se estaban haciendo todo tipo de afirmaciones sin ninguna evidencia científica sólida sobre no solo lo que estaba sucediendo, sino también lo que se podía esperar que sucediera a continuación. Se suponía que la variante había sido detectada en Sudáfrica el 24 de noviembre de 2021 y solo dos días después fue designada como una "variante de preocupación" por el Grupo Asesor Técnico sobre Evolución de Virus de la Organización Mundial de la Salud.

Leemos que con respecto a Ómicron, "a la OMS le preocupa que la gran cantidad de mutaciones pueda reducir la inmunidad en personas que estaban previamente infectadas y en personas vacunadas". Esta afirmación oportuna parece ser una

explicación conveniente ya que, apenas unas semanas antes, tanto Bill Gates como el Dr. Antony Fauci admitieron que las "vacunas" antiCovid no funcionan como se anunciaba originalmente. Sin embargo, la solución según este dúo es la misma canción y la letra, como era de esperar, implica más "vacunas".

También se nos informa que "todavía no se han asociado síntomas inusuales con la variante y, al igual que con otras variantes, algunos individuos son asintomáticos". Esto es falso y simplemente repite el hecho de que, según la propia definición de la OMS, un caso de "Covid-19" puede confirmarse únicamente mediante una prueba de amplificación de ácidos nucleicos (es decir, una "prueba" de PCR). Además, una revisión Cochrane concluyó que con respecto a la Covid-19 "***ni la ausencia ni la presencia de signos o síntomas son lo suficientemente precisas para descartar una enfermedad***". ***Toda la "pandemia" se basa en el hecho de que Covid-19 no es una entidad clínica definible y, por lo tanto, cualquier presentación, incluso si es completamente asintomática, puede clasificarse como otro caso de la enfermedad imaginaria***.

El documento de la OMS "Mejora de la preparación para Ómicron (B.1.1.529): Resumen técnico y acciones prioritarias para los Estados miembros", es otro ejemplo de la ***anticiencia que se utiliza para sostener esta pandemia falsa***. Afirman que debido a que hay 26-32 cambios de aminoácidos en la secuencia de la proteína de pico, puede haber un "fallo de la diana del gen S"; en otras palabras, ***los kits de PCR actuales no detectarán esta secuencia y es posible que solo detecten uno o dos de los otras secuencias seleccionadas***. No es sorprendente que los fabricantes de kits de PCR, junto con la OMS, sugieren que esto no significa necesariamente que la persona sea negativa para Covid-19. De hecho, en este sumidero orwelliano, dicen que la ausencia de la secuencia ahora podría ser un marcador para la variante Ómicron. ***Esto abre una puerta para fabricar más casos, ya que un aspecto negativo de una supuesta prueba de "Covid-19" ahora puede significar que usted es positivo para "Covid-19"*** en su juego de "cara yo gano, cruz tú pierdes".

La variante Ómicron no es diferente de la variante Delta o cualquier otra variante pasada o presente, ninguna de ellas se ha demostrado que exista en la naturaleza. ***Todas ellas son simplemente "genomas" creados por computadora a partir de muestras no purificadas***. ***No se encontró ninguna variante Ómicron porque no se encontró ningún virus***. En cambio, ***se encuentran variaciones en las secuencias que reflejan tanto la incapacidad del proceso para ser replicado como las secuencias recién detectadas en el entorno que se afirma (sin pruebas) que son de origen viral***. Por lo tanto, no fue una sorpresa que en unos días el invento de Ómicron se "encontrara" simultáneamente en todo el mundo.

Esta técnica de "detección" fraudulenta invita a todo tipo de explicaciones de los virólogos y otros comentaristas. En un artículo de Science, vemos algunos ejemplos de sus análisis sobre los orígenes de Ómicron:

"Supongo que esto no evolucionó en Sudáfrica, donde se está llevando a cabo una gran cantidad de secuenciación, sino en algún otro lugar del sur de África durante la ola de invierno".

- Christian Drosten, virólogo

"No estoy seguro de que haya realmente ningún lugar del mundo que esté lo suficientemente aislado como para que este tipo de virus se transmita durante ese período de tiempo sin que surja en varios lugares".

- Andrew Rambaut, biólogo evolutivo

"Me hace preguntarme si otras especies pueden infectarse crónicamente, lo que podría proporcionar este tipo de presión selectiva con el tiempo".

- Aris Katzourakis, biólogo evolutivo

Debido a la metodología defectuosa que implica simplemente detectar secuencias genéticas en el medio ambiente y declarar que esto constituye evidencia de un virus, cualquier trabajo de ficción es posible a partir de estos "expertos". ***La realidad es que ni una sola vez se ha confirmado que una partícula completa sea SARS-CoV-2 dentro de un individuo. Ni una sola vez se ha aislado físicamente una partícula de este tipo con purificación y se ha demostrado que contiene ni siquiera uno de los más de 5 millones de "genomas" que ahora se publican en*** GISAID.org . ***Ni una sola vez se ha demostrado que tal partícula sea el agente causal de ninguna enfermedad***. Lo mismo ocurre con la proteína de pico que supuestamente pertenece al virus para el que el sitio GISAID incluye una sofisticada animación en 3D de sus variantes.

Sin embargo, ***todos los modelos informáticos del mundo no cambian el hecho de que nunca se ha demostrado que las secuencias genéticas y las proteínas detectadas sean parte de un virus patógeno***. Debido a sus continuos fallos para demostrar que las supuestas partículas virales son capaces de causar enfermedades en un huésped vivo, la virología se está convirtiendo en nada más que simulaciones por computadora. ***Ómicron es la última actualización de su realidad virtual que se desconecta cada vez más del mundo natural***.

Las "vacunas" no ofrecen soluciones a menos que el objetivo sea la experimentación humana con vectores genéticos y transferencias de riqueza y control a organizaciones afiliadas globalistas. La virología en su iteración actual ha recurrido al pensamiento alquímico y debería ser archivada a menos que pueda demostrar un retorno al método científico. Si no es así, espere que otra "variante" y narrativas más ficticias aparezcan pronto en sus noticias. La ***forma más segura de protegerse de Ómicron es ignorarla por completo, junto con la tiranía médica que promueve tales ilusiones***. ***Como todo Covid-19, la capacidad de Ómicron para causar enfermedades está***

limitada por su capacidad para infectar las mentes de los susceptibles con una narrativa basada en el miedo.

Veamos lo que piensa el Dr. Robert Malone, inventor de la tecnología de la vacuna de ARNm y ADN, sobre la supuesta variante Ómicron:

De acuerdo con los medios de comunicación, la variante Ómicron fue descubierta en Botsuana en cuatro personas que tenían su "esquema de vacunación completo". Los médicos de Sudáfrica dijeron que, aunque la variante ya se detectó, no han visto ninguna enfermedad significativa a causa de ella. Hasta el momento todos los casos han sido leves y ninguno ha requerido hospitalización.

Muy rápido se publicaron varios artículos de noticias que propusieron que el virus evolucionó en un paciente con SIDA y al parecer se propaga mucho más fácil que las variantes anteriores. La preocupación y la necesidad de nuevas restricciones saturaron las noticias.

De hecho, la variante parece ser muy resistente a las vacunas antiCovid, lo que significa que ***mutó dentro de una o más personas "vacunadas", no en alguien sin anticuerpos para atacarla***.

Recuerde que por lo general los virus mutan como consecuencia de respuestas inmunológicas muy bajas. Sin embargo, una de las primeras recomendaciones de los genios a cargo de las respuestas del Covid fue impulsar las dosis de refuerzo de la "vacuna" antiCovid, que es una idea ilógica y poco científica.

"Las dosis de refuerzos son la manera perfecta para afectar nuestro sistema inmunológico, por lo que somos MENOS capaces de responder a esta nueva variante" explica el Dr. Malone. "Esto es como vacunar a todo el mundo con una vacuna contra la gripe de hace tres temporadas y esperar que tenga efectos contra las cepas de gripe actuales".

En cuanto a la naturaleza y el origen de la variante Ómicron, el Dr. Malone dice: "Tiene la característica distintiva de un agente viral que se somete a una estricta selección genética para que la evolución esquive las respuestas de la 'vacuna' contra el dominio de enlace del receptor. Esta es muy diferente de las otras cepas que se están rastreando; está en su propia pequeña rama evolutiva. Entonces, las preguntas que surgen de esto son: ¿Cómo sucedió esto? ¿Por qué apareció esto de repente con todas estas nuevas mutaciones?"

Los medios de comunicación impulsan la narrativa de que las mutaciones de la variante Ómicron se deben a la baja tasa de "vacunación" antiCovid en Sudáfrica, en combinación con la mutación que ocurrió dentro de alguien con SIDA. Nos dicen que la solución es aplicar las "vacunas" antiCovid en toda África, a pesar de que el continente presentó una tasa de casos y de mortalidad muy baja sin la necesidad de "vacunas". Entonces, es obvio que esta narrativa trata de lograr un fin que no garantiza los datos del mundo real.

Otra razón para esta narrativa, además de orillar a Sudáfrica para que reciba más "vacunas" antiCovid, es que quieren ocultar la idea de que se trata de otro virus que se creó en el laboratorio. Como señaló el Dr. Malone, creemos "que el problema que se avecina es aún más grande".

En total, se dice que la variante Ómicron tiene unas 50 mutaciones de la cepa Alpha original, muchas de las cuales le permiten esquivar las defensas de anticuerpos teóricamente inducidas por la "vacuna" antiCovid.

Aunque el Dr. Malone admite que no analiza las mutaciones del virus y que no está calificado para hacer conjeturas sobre su evolución, señala que existe un subconjunto de expertos que creen que tal vez se modificó en el laboratorio, ya que en términos genéticos "no parece que sea parte del proceso evolutivo previo que vemos con muchas otras cepas".

Hasta que tengamos una prueba concluyente de su origen, debemos mantener abiertas todas las opciones, dice el Dr. Malone, y eso ***incluye la posibilidad de que la variante Ómicron se haya creado en un laboratorio a partir de una cepa anterior***.

Una característica muy extraña de la supuesta variante Ómicron es que las secuencias genéticas más cercanas se remontan a mediados de 2020. Parece que no pertenece a ninguna de las supuestas ramas evolutivas que han surgido desde entonces. Como señaló el profesor Trevor Bedford, un virólogo computacional entrevistado por NPR, "Esto es un caso muy raro y poco frecuente".

En una publicación de Twitter, un usuario llamado Chief Nerd, demuestra una línea de tiempo que ilustra la epidemiología genómica de la cepa original del SARS-CoV-2 hasta ahora con datos de nextstrain.org. Ilustra muy bien ***lo extraña y antinatural que es la aparición de la variante Ómicron***. A medida que la línea de tiempo se acerca a finales de 2021, aparece la variante Ómicron que emerge como una línea recta de una cepa que apareció a mediados de 2020, sin semejanza con ninguna de las otras cepas.

No hay precedentes de que esta rareza ocurra en la naturaleza. Sin embargo, existe un precedente de esto en pandemias con filtraciones de laboratorio, como la influenza rusa de 1977 que se causó por una cepa de la influenza H1N1 que era muy similar a una cepa que circuló entre 1946 y 1957. Existen rumores de que la influenza rusa pudo haber sido el resultado de un escape de la prueba de una vacuna viva.

La variante Ómicron, también conocida como B.1.1.529., tiene una proporción de mutaciones no sinónimas y sinónimas de 25 a 1. De acuerdo con el biólogo molecular y genetista del cáncer, el Dr. Philip Buckhaults, la variante Ómicron tiene 25 mutaciones no sinónimas y solo una sinónima en la proteína Spike, en comparación con su antepasado común más reciente, AV.1. Si fuera un hecho natural, esa proporción debería estar entre 25 y 50 y entre 25 y 100.

Según el Dr. Malone, el virus, supuestamente, pudo mutar en respuesta a la presión de las vacunas antiCovid. También falta la hipótesis de que la variante Ómicron se manipuló de forma genética a partir de una cepa de mediados de 2020, y de una forma u otra empezó a circular.

De manera irracional, los defensores del discurso oficial ahora enfatizan en la importancia de reforzar el tratamiento del VIH para evitar que ocurran mutaciones en personas sin tratar y con un sistema inmunológico débil, en lugar de analizar cómo la campaña de "vacunación" impulsa la evolución de este virus y pone a las personas que recibieron la "vacuna" antiCovid en un riesgo cada vez mayor de contraer una infección grave.

Hoy en día, una de las teorías más creíbles es que parece ser que los científicos permitieron que una de las primeras supuestas variantes del SARS-CoV-2 desarrollara resistencia a los anticuerpos, tal vez a través de líneas celulares humanas o humanizadas en presencia de plasma convaleciente.

De igual forma, el profesor de la prestigiosa Universidad de Medicina Johns Hopkins, el Dr. Marty Makary, dijo en una entrevista en el programa Brian Kilmeade Show que "hay una pandemia de locura" sobre la variante del coronavirus Ómicron, a la que calificó como 'omi-cold' (omi-resfrío en español) porque es una cepa suave, más parecida a una gripe común que al Covid-19.

Makary argumentó que esta supuesta variante genera una enfermedad que es muy leve o asintomática en la vasta mayoría de los casos, y que el miedo de que la ola de contagios de Ómicron genere muertes es una narrativa creada por los medios.

"***Ahora mismo lo que estamos viendo es esta nueva y masiva ola de*** miedo ***que alimenta nuestra segunda pandemia después de Covid-19, una pandemia de locura, que es Ómicron***. La llamo omi-cold (omi-resfrío). Si miramos los datos epidemiológicos, el epicentro está ahora lejos de Ómicron. Los hospitales tienen algunas hospitalizaciones, no muchas. Duran una media de dos días y medio en lugar de ocho días como en 2020", dijo el profesor.

Además, aseguró que ***el testeo PCR, con el que se busca detectar el coronavirus, se está haciendo con un threshold muy bajo y muchos casos positivos son falsos positivos, ya que son otros virus distintos al SARS-CoV-2***. "Tenemos que reducir las pruebas en situaciones de bajo riesgo. Si se hacen pruebas a toda la población en Estados Unidos, siempre se encontrará una partícula de un virus en la nariz de una importante cantidad de estadounidenses".

Makary finalizó diciendo que se puede "redefinir cualquier virus respiratorio como una potencial peste bubónica que va a destruir los Estados Unidos", y que ***hay otros virus respiratorios con mayor tasa de mortalidad hace décadas en el país***.

A finales del 21, según las cifras publicadas por el gobierno del Reino Unido a través de la Oficina de Estadísticas Nacionales, ***las personas que tenían triple***

“vacuna” tenían, ya en aquel momento, 4.5 veces más probabilidades de dar positivo por Ómicron que las que no están “vacunadas”. Los números también ilustran ***cómo los dobles “vacunados tenían 2.3 veces más probabilidades de infectarse con Ómicron que aquellos que no han tomado ninguna vacuna***.

Los datos, que se resumen en este artículo, refuerzan las afirmaciones de que la variante Ómicron es efectiva para evadir las “vacunas”.

"Tenga en cuenta que esta es la probabilidad de que una infección sea Ómicron dado que una persona está infectada, por lo que no nos dice qué tan probable es que una persona dé positivo en primer lugar", escribe Jones.

"Esto significa que ***no nos dice que las ‘vacunas’ están empeorando las cosas en general, solo que están haciendo que sea mucho más probable que una persona ‘vacunada’ esté infectada con Ómicron con respecto a otra variante***.

"En otras palabras, es una medida de lo bien que Ómicron evade las ‘vacunas’ en comparación con Delta. ***El hecho de que los ‘vacunados’ triplemente tengan muchas más probabilidades de infectarse con Ómicron que los doblemente “vacunados” confirma esta capacidad de evadir la vacuna***".

Jones concluye a partir de los datos que: "***El brote actual de Ómicron es en gran medida una epidemia de los ‘vacunados’ y está siendo impulsado, no por los no ‘vacunados’, sino por aquellos que han sido doble y triplemente pinchados***". Los números destruyen por completo las afirmaciones de que el brote de Omicron es una "pandemia de los no ‘vacunados’".

Como Will Jones también documenta en este artículo, ***las afirmaciones de que los hospitales del NHS están siendo abrumados por los no “vacunados” no están respaldadas por ninguna evidencia real***.

Y fue la misma historia con Delta:

1. Los CDC publican un estudio que muestra que 3/4 de los casos de Delta se encuentran entre los “vacunados”.

2. Últimos datos: Tasa de mortalidad por variante Delta aproximadamente OCHO VECES mayor en individuos 'completamente vacunados'.

3. Últimos datos del Reino Unido: las personas “vacunadas” tienen 3 veces más probabilidades de morir por la variante Delta que las no “vacunadas”.

Aunque a estas alturas, está muy claro que los métodos de diagnóstico admitidos como válidos por las autoridades, no valen para tal fin y mucho menos para diferenciar entre supuestas variantes; nos vendían que las cifras de contagios de coronavirus que estaba dejando la sexta ola, la vinculada a la supuesta variante Ómicron, eran récord absoluto en la pandemia (sabemos que

están infladas por falsos positivos y por utilización interesada de los test por dichas autoridades, mediante los cribados). Sin embargo, el impacto sobre la salud se redujo considerablemente en vista de la desproporción entre casos e ingresos hospitalarios. Comparando las cifras de la sexta ola con las de la última temporada completa de gripe sin la distorsión del Covid (la de 2019), ***Ómicron, supuestamente, había causado en ese momento más del doble de contagios que los de la gripe, pero sólo una cuarta parte de los muertos***.

Son datos oficiales del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), principal centro de referencia para el estudio de las enfermedades contagiosas como la gripe y que desde 2020 está centrado en el análisis del Covid. Según esta institución, en la temporada de gripe de 2018-2019 se registraron un total de 490 000 casos de gripe en atención primaria y se registraron 6300 muertes atribuibles al virus estacional. Esa temporada, la de 2018-2019, está considerada como la última referencia de la incidencia de la gripe, ya que la siguiente sus datos ya estaban marcados por el impacto de la pandemia de Covid.

Como mencioné anteriormente, el 26 de noviembre del 21, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaraba a Ómicron como variante de preocupación (VOC), después de que Sudáfrica diese la voz de alarma por un aumento de casos a una velocidad no vista hasta el momento. Poco más tarde comenzaron a aparecer en España los supuestos primeros casos de Ómicron. Ahora, los epidemiólogos, supuestamente, ya tienen la certeza de que esta cepa, teóricamente, circulaba por España desde antes. Cogiendo de referencia ese 26 de noviembre como inicio de la supuesta ola Ómicron (que, supuestamente, comparte incidencia con la variante delta), hasta ese 30 de diciembre se habían registrado en España un total de 1 163 733 contagios de coronavirus. En poco más de un mes, más del doble de casos que los de la gripe en 2019. Sin embargo, la cifra de fallecidos hasta ese momento seguía manteniéndose contenida: se habían registrado 1450 muertos. Apenas un cuarto de las que se registraron con la gripe de 2019. Comparando ambas cifras de contagios y fallecidos, ***la gripe de 2019 arrojó una letalidad del 1.2%. En el caso de la supuesta variante Ómicron, hasta finales del 21, tan sólo mostraba un 0.12%***.

Israel fue el "país estrella" de los grandes medios de comunicación durante varios meses, por ser uno de los que con más dosis inoculó a su población. De hecho lanzó hace poco una campaña para la administración de una cuarta dosis de "vacuna" antiCovid a personas vulnerables, con "la esperanza de atenuar los efectos de una nueva ola de infecciones provocada por la propagación de la variante Ómicron", una estrategia que no ofreció los resultados promocionados. Con la tasa de infección en continuo aumento, ***los expertos del Ministerio de Salud sopesanron un cambio de política para alcanzar la inmunidad colectiva a través de contagios masivos con la supuesta variante Ómicron, según publicaron medios hebreos***.

La tasa de positividad ***había subido en el país al 2.48 % y el ratio de infección (el promedio de personas a las que infecta cada portador del***

virus) se había disparado al 1.53, lo que indicaba que el brote se estaba intensificando.

Sin embargo, el aumento de los contagios no implicaba un incremento de los casos graves por Covid-19 ni de las hospitalizaciones, con solo 88 pacientes graves en todo el país, cifras que se mantenían estables respecto a las últimas semanas.

Según las estimaciones de Salud, en dos semanas el 90% de los nuevos casos de Covid-19 corresponderían a la supuesta cepa Ómicron, supuestamente mucho más infecciosa que la Delta aunque provoca síntomas más leves.

La estrategia de "contagio masivo" es la que siguió Suecia en la etapa inicial de la pandemia, cuando decidió no imponer restricciones severas para personas que no pertenecían a grupos de riesgo, en un intento de continuar con la vida normal y alcanzar la inmunidad colectiva.

El primer ministro israelí, Naftali Benet, afirmó que Israel estaba al borde de una "tormenta de infecciones cuya magnitud aún no habían visto y advirtió de que mucha gente se iba a infectar con la variante Ómicron sin que se pueda hacer nada por impedirlo.

"La tormenta sucederá. No podemos evitarlo", afirmó en una entrevista con la emisora pública Kan el primer ministro.

Cabe recordar que esta variante fue considerada como supuestamente "muy contagiosa" pero con efectos muy leves sobre la salud humana, similares a un resfrío. Esta consideración, en el verano del 22, sigue existiendo puesto que los datos así lo han confirmado, de hecho, como sigue siendo la mayoritaria, todas las compañías han estado desarrollando "vacunas" específicas para apuntar a la supuesta cepa original de Ómicron (BA.1) a pesar de que ya ha sido suplantada por otras supuestas variantes (BA.4 y BA.5). La FDA y estas compañías afirman que las 'vacunas' dirigidas a BA.1 serán efectivas contra variantes posteriores, pero no sé cómo pueden argumentar eso dada la ausencia total de datos de salud reales y la existencia de algo que se llama Pecado Antigénico Original.

Afecta principalmente a los "vacunados"

El primer estadounidense en contraer la supuesta variante Covid de Ómicron estaba 'completamente vacunado', admite Fauci. La mayoría de los 43 casos de Covid-19 causados por la variante Ómicron identificados en los Estados Unidos inicialmente, fueron en personas que estaban completamente "vacunadas", y un tercio de ellos había recibido una dosis de refuerzo, según un informe estadounidense publicado el viernes 10 diciembre.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. Dijeron que de los 43 casos atribuidos a la variante Ómicron, 34 personas habían sido "vacunadas" por completo. Catorce de ellos también habían recibido un refuerzo, aunque cinco de esos casos ocurrieron menos de 14 días después de la

inyección adicional. ***Los propios CDC admitieron que solo el 20% de los casos de omicrones se habían descubierto en individuos no "vacunados", y el 80% restante provenía de personas parcial o totalmente "vacunadas"***.

La directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la dra. Rochelle Walensky, admitió que la variante Ómicron posterior a la "vacuna" del coronavirus de Wuhan (Covid-19) era más frecuente en Nueva York y Nueva Jersey altamente "vacunados".

Una pequeña muestra de datos publicados por el gobierno alemán encontró que la ***supuesta variante del coronavirus, 'Omicron', estuvo 'infectando' de manera abrumadora a "personas completamente vacunadas" incluidas personas "vacunadas" con tres dosis, mientras que las personas no "vacunadas" permanecían en gran parte ilesas por la supuesta cepa recién descubierta***.

Datos publicados la primera semana muestran que ***el 96% de los nuevos pacientes positivos en coronavirus aparentemente con Ómicron estaban "completamente vacunados", mientras que las personas no "vacunadas" representaron solo el 4% de las supuestas infecciones***. ***El 28% de los pacientes con Ómicron fueron "vacunados" tres veces,*** habiendo recibido las dos dosis originales más lo que se llama una dosis de "refuerzo". Según los informes, la población de Alemania estaba "vacunada" en un 71.1% en aquel momento.

Por otro lado, más de 90% de los contagiados de Sudáfrica en Países Bajos estaban "vacunados". Los dos casos aparecidos al principio de esta supuesta variante en España, tenían la pauta completa de "vacunación".

De igual forma, los daneses estaban publicando datos diarios extremadamente detallados sobre casos y hospitalizaciones de Covid, no solo sobre Ómicron, sino sobre todas las supuestas variantes de Covid. La mayoría de los casos nuevos de Covid en Dinamarca ocurrían en personas "vacunadas" o reforzadas en aquel momento, y eso era cierto tanto para Ómicron como para supuestas variantes anteriores. ***Más del 76% de las infecciones por Covid no Ómicron en Dinamarca ya ocurrían en personas "vacunadas", junto con aproximadamente el 90% de las infecciones por Ómicron***.

Además, solo 25 de las 561 personas que estaban hospitalizadas en Dinamarca por Covid tenían la variante Ómicron. Los daneses no proporcionaban un número exacto de pacientes en cuidados intensivos con Ómicron, y solo decían que era menos de cinco.

Los datos daneses también muestran que las personas con Ómicron, también en aquel momento, tenían menos probabilidades de ser hospitalizadas que aquellas con otras variantes y dadas de alta del hospital mucho más rápido, en línea con lo que habían informado las autoridades sanitarias de Sudáfrica. ***Las cifras de Dinamarca respaldaban en gran medida las de Sudáfrica, y dejaban claro***

que la razón por la que Europa vio un aumento masivo de casos y hospitalizaciones el otoño del 21, no tiene nada que ver con Ómicron y todo que ver con el fracaso de la "vacuna".

Si nos trasladamos al verano del 22, los datos siguen diciendo exactamente lo mismo, como hemos visto anteriormente en este apartado para numerosos países. La evolución en todos los casos ha sido constante y siempre en el mismo sentido, dejando constancia del fracaso de los sueros experimentales y de las peligrosas consecuencias para los inoculados.

Más "errores" sobre Ómicron, mejor "margen" para las farmaceúticas y máyor facilidad institucional para "limitar" nuestros derechos

Cada supuesta nueva variante que "misteriosamente" aparece, viene acompañada de una intensiva campaña del miedo que le da la justificación perfecta a las autoridades para aumentar el número de test realizados, lo cual, provoca un elevado numero de falsos positivos, que a su vez, le dan la justificación a las autoridades para tratar de limitar de alguna forma nuestras libertades sin ninguna base científica. Mientras tanto, las farmaceúticas como supuestos salvadores del mundo, se apresuran a "inventar" a la velocidad del rayo, siempre por un supuesto bien común y con la "mejor" de las intenciones, una "solución milagrosa" que acabará con el problema, claro que siempre teóricamente porque luego la realidad es bien distinta, pero ya habrán hecho "caja". Luego aparecerá una supuesta nueva variante, que "curiosamente" será capaz de "evadir" la téorica protección que supuestamente tenían los inoculados y volvemos a empezar el círculo vicioso, para volver a hacer "caja".

Ugur Sahin, el director ejecutivo de BioNTech (socio de la "vacuna" de Pfizer), ha anunciado planes para comenzar a vender un régimen de inyección de tres dosis específicamente para la variante "Ómicron" (Moronic) del coronavirus de Wuhan (Covid-19).

Esta nueva serie de tres inyecciones se suma al régimen de dos dosis que ya está disponible en Pfizer-BioNTech como "vacuna" regular, así como a la siguiente inyección de "refuerzo". Esto significa que ahora se aplicarán al menos seis inyecciones para "curar" los gérmenes chinos.

"Está muy claro que nuestra 'vacuna' para la variante Ómicron debería ser una 'vacuna' de tres dosis", dijo Sahin, citando "los datos que provienen de la variante Ómicron" como prueba para respaldar sus afirmaciones.

BioNTech había fijado marzo para el lanzamiento inicial de las inyecciones, con otra inyección de refuerzo específica de Moronic seis meses después de eso (¿para un total de siete inyecciones?).

Moderna, el competidor de Pfizer-BioNTech, dice que también está desarrollando una inyección específica para Ómicron para participar en el festival de ganancias que resultará de todas estas inyecciones adicionales.

"Para las personas que cumplen recientemente con el ARNm, esto podría significar unas 6 inyecciones de ARNm en el transcurso de un año", advierte The Burning Platform sobre la gran cantidad de inyecciones que BioNTech y Pfizer han planeado para los cuerpos de las personas durante el próximo año.

Sin embargo, como mencioné antes, todas las compañías han estado desarrollando estas nuevas "vacunas" específicas para apuntar a la supuesta cepa original de Ómicron (BA.1) ***a pesar de que ya ha sido suplantada por otras supuestas variantes (BA.4 y BA.5)***. La FDA y estas compañías afirman que las 'vacunas' dirigidas a BA.1 serán efectivas contra variantes posteriores, pero ***no sé cómo pueden argumentar eso dada la ausencia total de datos de salud reales y la existencia de algo que se llama Pecado Antigénico Original***.

Por otro lado, si nos remontamos al principio, como hemos visto, estadísticas de Sudáfrica revelaban que las admisiones en cuidados intensivos para la variante Ómicron Covid se estaban ejecutando a solo un tercio de lo que estaban en el mismo punto de la ola Delta del país. Las cifras vienen después de que el presidente de la Asociación Médica de Sudáfrica (SAMA) informara que los síntomas de Ómicron son en su mayoría "muy, muy leves" y podrían tratarse en casa. Con incluso el director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de EE. UU., Anthony Fauci, admitiendo que la nueva variante no era "casi con certeza" más grave que Delta.

Los informes de la provincia sudafricana de Gauteng, el centro del brote de Ómicron, sugerían que alrededor de dos semanas después de la detección de la nueva variante, había un total de 139 pacientes atendidos en las UCI de los hospitales. En comparación, dos semanas después de la ola del Delta de la provincia ya había 393 pacientes en sus UCI. Si bien se sospechaba que la variante Ómicron era más transmisible que Delta, los hospitales de Gauteng confirmaron que los síntomas que mostraban los pacientes eran "mucho más leves" que los observados durante las tres primeras oleadas de la pandemia de Covid-19. Se dice que la mayoría de los pacientes no necesitan oxígeno ni tratamiento en la UCI.

Pero por muy prometedores que fueran estos signos, los líderes políticos occidentales y sus aliados, no quisieron darse cuenta. En cambio, estaban aumentando lo que solo puede describirse como un estado global de pánico. En una política que algunos consideran que tiene un trasfondo colonial, su primer paso fue implementar prohibiciones generales de viaje a los países del sur de África, resultando en el aislamiento internacional de esta región ya económicamente desafiada. El presidente sudafricano Cyril Ramaphosa se hizo eco de los pensamientos de muchos cuando se quejó de que su país estaba siendo castigado por haber descubierto la nueva variante.

La directora de la Comisión de la UE de Bruselas, Ursula von der Leyen, respondió al descubrimiento de la variante diciendo que era hora de considerar hacer obligatoria la "vacunación" contra Covid-19 en Europa. El primer ministro del Reino Unido, Boris Johnson, hizo más tarde una declaración similar, diciendo que habría una "conversación nacional" en su país sobre el camino a seguir. Dado que

Europa es el hogar de 8 de los 10 principales países exportadores de productos farmacéuticos, ambos líderes sin duda estarán mirando con avidez las crecientes ganancias para los accionistas que podrían resultar si se aplicara la "vacunación" obligatoria en todo el mundo.

Por otro lado, el presidente de los Estados Unidos, Joe Biden, utilizó la aparición de Ómicron como excusa para presionar para que 100 millones de estadounidenses se sometieran a las llamadas "inyecciones de refuerzo" lo antes posible. En palabras que serán interpretadas por muchos como una amenaza velada, también afirmó que "esta pandemia no terminará hasta que tengamos las vacunas globales". Junto con Europa, EE. UU. Es uno de los principales países exportadores de productos farmacéuticos. Entre ellas, ya se esperaba que las compañías farmacéuticas estadounidenses Pfizer y Moderna recaudasen más de $ 93 mil millones en las ventas de la "vacuna" Covid-19 en el 2022. De manera reveladora, la bonanza de ganancias que presentó la pandemia llegó coincidentemente en el momento preciso en que la industria farmacéutica se enfrentaba a un declive terminal (ver este apartado).

Las preguntas que se deben hacer con urgencia son muy simples: ¿por qué se estaba elevando la tensión global a un estado de pánico en aquel momento, cuando la supuesta variante estaba confirmado que supuestamente era menos peligrosa que la Delta? ¿Y por qué tanto interés en crear y vender estas "vacunas" específicas, que ya están obsoletas y es imposible que funcionen? ¿Por qué tanto interés en vender una "vacuna" que siempre irá un paso por detrás de la nueva supuesta variante de turno y por tanto, nunca será efectiva?

Nuevos sueros

Como ha quedado demostrado científicamente en este informe, ***los sueros experimentales, mal llamados "vacunas", no son "vacunas", no son necesarios, no son seguros, ni tampoco efectivos. Es muy evidente que no protegen de la supuesta infección, ni evitan la supuesta transmisión, sin contar con el hecho de que convierten a los inoculados en propagadores de la supuesta enfermedad***. Es por ello, que ya se habla de una nueva generación de "vacunas" contra el supuesto SARS-CoV-2.

La búsqueda de esa teórica nueva generación, ha empezado por cambiar la forma de administración:

Los virus patógenos que infectan vía las mucosas activan las respuestas inmunes mucosales. Estas difieren de las respuestas sistémicas ya que, en los individuos sanos, están estrechamente reguladas las respuestas que ocurren para evitar inmunopatología. En otras palabras, ***en un momento específico en el tiempo, las respuestas inmunes que ocurren en las mucosas no tienen por que ser*** iguales ***que las que ocurren en el organismo entero***. Si pensamos, por ejemplo, en el agente viral asociado con la enfermedad conocida como Poliomielitis (Polio virus; familia Picornaviridae, género Enterovirus… primo hermano del virus de la Hepatitis A), su transmisión a través del contacto de la mucosa oral con materia contaminada con heces que contengan viriones de polio

virus (vía fecal-oral). En más del 95% de los casos, se queda la infección en el intestino, y es una infección aguda. La inmunidad exitosa contra el polio virus, por ende, es mucosal entérica. Se activan casi inmediatamente las respuestas innatas (inflamación, fagocitosis de células dañadas, presentación de antígenos) y en unos 10 a 15 días ya están operando las respuestas adaptativas (linfocitos T y B efectoras y de memoria). La inmunidad es duradera (de por vida, de hecho) y efectiva, incluso hacia los otros serotipos de polio virus. En un porcentaje bajo de casos, los viriones logran cruzar hacia la sangre debido a cambios fisicoquímicos en el ambiente intercelular y pueden ser transportados hacia el sistema nervioso central (1). Cuando eso pasa puede llegar a ocurrir el cuadro conocido como polio paralítico o el polio respiratorio. Las vacunas contra polio son de dos tipos: la oral (Sabin; hechas de virus vivo atenuado), que estimula la inmunidad mucosal entérica (sobre todo, la producción de anticuerpos tipo IgA secretores), y la intramuscular (Salk; hecha de virus inactivado), que estimula la inmunidad sistémica (sobre todo, la producción de anticuerpos tipo IgG). De estas vacunas, la que detiene el contagio y, por lo tanto, la infección, es la oral (vacuna Sabin), no la inyectada (pueden ver esto). Esto se sabe desde hace décadas. Es, sencillamente, inmunología básica.

Por eso, cuando comenzaron a salir las noticias sobre las "vacunas" contra Covid-19 que se estaban diseñando, fue sorprendente que a pesar de tratarse de "la estrategia mundial para erradicar al virus", todas las "vacunas" autorizadas por emergencia, sin excepción, fueran intramusculares (además de que todas, con la excepción de un par de vacunas de virus completo inactivado, se basaran solamente en una de las más de 19 proteínas inmunogénicas del virus). ***Iba a ser imposible*** detener ***el contagio y la infección con esas "vacunas"***. Cualquier estudiante de inmunología que se permita pensar por sí mismo lo sabría.

Tiempo después comenzó a escucharse acerca de algunos candidatos "vacunales" que serían de aplicación intranasal. Tiene sentido, ¿no? Si se busca generar inmunidad mucosal respiratoria, pues entonces se requiere la "vacuna" intranasal. Pero tampoco es necesariamente una buena idea en el caso de las "vacunas" que se están desarrollando. ¿Por qué? Porque resulta que ***una sola dosis intranasal de la proteína Spike de SARS-CoV-2 es suficiente para*** ocasionar ***daño olfativo, inflamación y disfunción olfativa***. Esto fue reportado en un estudio, publicado en la revista Brain Behaviour and Immunology. El estudio, realizado por Kraus y colaboradores analizó el efecto de la aplicación intranasal de la proteína Spike de SARS-CoV-2 en un modelo animal: el pez cebra.

El objetivo del estudio no tenía nada que ver con las "vacunas" pero los resultados de la exposición intranasal a Spike, que ***incluyeron pérdida de cilios del epitelio nasal, hemorragias y edema, además de disfunción electrofisiológica indicativa de pérdida de olfato, evidencia histológica y molecular de pérdida generalizada de expresión de receptores olfativos y respuestas inflamatorias severas, fueron suficientes para que los autores*** reconocieran ***que podría haber implicaciones para las vacunas intranasales basadas en Spike de SARS-CoV-2***. Por supuesto, ***ya*** sabíamos ***que Spike, que es uno de los factores de virulencia (factores que causan daño) más***

importantes del supuesto virus SARS-CoV-2 ocasionaba daño por sí solo, sin necesidad de estar en la cápside del virus, (por ejemplo), lo cual sirve como una de las muchas bases mecanísticas que ayudan a comprender los eventos adversos asociados con la "vacunación" Covid-19 a la fecha.

Los hallazgos del estudio de Kraus y colaboradores son semejantes a otros dos publicados en 2021, uno elaborado por Colunga Biancatelli y colaboradores y otro por Solopov y colaboradores, quienes encontraron que ***una sola administración de la subunidad S1 de la proteína Spike de SARS-CoV-2 por vía endotraqueal a ratones transgénicos (ratones que expresan el receptor humano de SARS-CoV-2, ACE2) en tan solo 48 horas ocasionaba una marcada baja en masa corporal y a las 72 horas una inflamación bronco alveolar muy severa con engrosamiento de los septos (paredes) alveolares (lo que hace muy complicado el intercambiar el oxígeno del ambiente con la sangre)***. En otras palabras, ***les generó la exposición a Spike por la vía respiratoria un cuadro neumónico severo***. Los autores no estaban abordando nada relacionado con la vacunación en su estudio, pero en ciencia es necesario que se encuentren y comprendan los resultados que, aunque no sean directamente relacionados con lo que uno estudia, son relevantes para ello.

En este caso, es muy relevante comprender ***que Spike por vía respiratoria (nasal, por ejemplo) puede ocasionar daño***. Es relevante porque ahora se empieza a escuchar, y mucho, acerca de "nuevas vacunas intranasales" contra Covid-19. No hay ninguna "vacuna" intranasal dentro de las 37 "vacunas" autorizadas, a la fecha, pero ya hay cuatro "vacunas" intranasales listadas como candidatas (en alguna fase de ensayo clínico (ver esto). Y, además, ya comienza a ser publicada la necesidad de vacunas intranasales; por ejemplo, revisión en donde al menos reconocen ***los autores que no tenemos suficiente información sobre la seguridad de estos productos***. Esto, sin embargo, no ha evitado que ya se esté gestando la "carrera" por desarrollar y aplicar vacunas intranasales como estrategia para (dos años después de declarada una pandemia y tratándose de un supuesto virus con una baja tasa de letalidad por caso y con diversos protocolos preventivos y de tratamiento eficaces, seguros y económicos) contemplar "vacunar" por vía intranasal a quien se deje convencer, sobre todo pensándolo como un "refuerzo" a los "vacunados" ya reforzados por vía de repetidas inyecciones en el músculo deltoides, como hicieron en ratones transgénicos en esta publicación, incluso a pesar de haber encontrado señales de problemas de seguridad (como, igual que en los estudios citados anteriormente, inflamación pulmonar). Así que no debiera sorprendernos que ya hayan comenzado muchos ensayos clínicos para probar la "eficacia" y la seguridad de diversas "vacunas: candidatas intranasales.

Tal vez algunos lo vean como un avance: una aplicación menos invasiva debe de ser menos dañina, y sí, en muchos sentidos se podría especular que sí. Por ejemplo, si la "vacuna" es aplicada por la ruta intranasal (seguramente se basará en Spike o en tecnología para que nuestras células generen Spike, dado que es lo que están haciendo todas las farmacéuticas), los eventos moleculares y celulares desencadenados por la exposición al Spike vacunal que ya se han descrito, no se esperarían que ocurrieran a nivel sistémico, como ocurren con las "vacunas"

actuales. Sin embargo, el asunto central es mucho más profundo, y se puede plantear como una pregunta. Aún suponiendo que existe el SARS-CoV-2, ¿***por qué seguir insistiendo que hacen falta estas "vacunas" para "blindarnos" de un supuesto virus que teóricamente ya es endémico, como muchos otros virus, que supuestamente tiene una estacionalidad esperada, que tiene una baja tasa de letalidad, al que supuestamente ya ha sido expuesta una buena parte de la población (y por ende, ya cuenta con inmunidad generada por vía natural a la infección) y para el cuál ya se conocen muchos tratamientos basados en la patogenia (desinflamar, regular o modular el sistema inmune, proteger endotelios, evitar coagulación patológica, controlar radicales libres, etc.) y que también puede ser fácilmente prevenido con protocolos profilácticos***?

Algunos inmunólogos y virólogos advirtieron de que la llegada de la supuesta variante Ómicron debía de servir como una llamada de atención al mundo de que es hora de desarrollar "vacunas" ***que no sean tan vulnerables a la rápida mutación del virus***.

Todas las "vacunas" Covid-19 de la primera generación se abrieron camino rápidamente en el mercado y "superaron" los obstáculos regulatorios, ***carentes de aval científico y sin los estudios previos necesarios; el hecho de que se dirijan a la proteína de pico que descansa sobre la superficie externa del virus que infecta las células humanas significa que son completamente ineficaces, ya que el virus, supuestamente, continúa mutando***. La variante Ómicron que supuestamente está circulando actualmente, tiene muchas más mutaciones que las variantes anteriores, con más de 30 supuestas mutaciones solo en su pico.

Si bien los investigadores todavía están trabajando para determinar hasta qué punto la variante puede evadir la inmunidad de las "vacunas" actuales, ***el hecho de que tantas personas "vacunadas" supuestamente la contraigan indica que no son efectivas***. Los primeros datos sobre la vacuna Pfizer ya muestran una protección inexistente contra la variante, y ***es lógico que, a medida que el virus continúe evolucionando, las "vacunas" que abordan la primera variante de la enfermedad seguirán siendo menos efectivas***, lo que subraya la necesidad de desarrollar "vacunas" que se dirigen a una parte del supuesto virus que sea menos susceptible a las mutaciones.

El científico jefe de la Organización Mundial de la Salud, Soumya Swaminathan, dijo que se necesitan "vacunas" de próxima generación mientras hablaba en la conferencia Reuters Next.

En el corazón del problema está el hecho de que la mayoría de las "vacunas" Covid-19 que se utilizan en este momento ***se centran únicamente en las partes de la proteína de pico***. Las "vacunas" de ARNm se suponía que tenían una eficacia del 95% contra la Covid-19 sintomático al principio, algo que generó a los desarrolladores miles de millones de dólares en ingresos.

Hubo solo unas pocas excepciones a este enfoque en las primeras "vacunas", y ninguna funcionó bien. Por ejemplo, la 'vacuna' de Sinovac Biotech producida en China, que utiliza, supuestamente, una versión inactivada del virus SARS-CoV-2 (curiosamente, como ya hemos demostrado, no tenemos pruebas científicas de que el supuesto virus se haya aislado) en lugar de identificar genes particulares, supuestamente, pierde su protección de anticuerpos rápidamente y tiene una protección limitada en las personas mayores.

Como he mencionado anteriormente, muchos fabricantes de "vacunas" están trabajando actualmente en la creación de nuevas versiones de sus "vacunas" actuales para atacar la famosa variante Ómicron, pero ***es extremadamente difícil mantenerse al día con las últimas mutaciones y crear una "vacuna" eficaz que ofrezca a las personas una protección real antes de que se propague cada nueva variante***.

Algunos grupos de investigación ya están trabajando en "vacunas" que, supuestamente, ofrecen una protección más amplia contra el virus, dirigidas a las partes del supuesto virus que, supuestamente, se consideran demasiado esenciales para su supervivencia como para mutar. Sin embargo, ***los expertos han advertido que podría llevar mucho tiempo*** y una financiación significativa para que estos esfuerzos tengan éxito.

La Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) está financiando a Israel MigVax Corp, que actualmente está trabajando en el desarrollo de una vacuna oral a prueba de variantes, así como una vacuna potencialmente a prueba de variantes que está desarrollando la Organización de Vacunas y Enfermedades Infecciosas de Saskatchewan. También están ofreciendo apoyo financiero a Gritstone Bio, que está trabajando en una "vacuna" de ARNm autoamplificadora destinada a combatir variantes.

Andrew Allen, director ejecutivo de Gritstone, dijo: "Es un poco ingenuo pensar que las 'vacunas' que hicimos en los primeros minutos calientes de la pandemia son las mejores 'vacunas' que podemos hacer".

Es importante seguir llamando la atención sobre ***las limitaciones de la cosecha actual de vacunas***, y si bien uno solo puede esperar que esto pueda conducir al desarrollo de opciones verdaderamente seguras y efectivas que ofrezcan protección a largo plazo, ***esto también debería servir como un despertar para la gente***.

Como mencioné anteriormente, se aproxima una nueva generación de "vacunas" antiCovid. La primera "vacuna" de ADN en el mundo ya está aquí. Utiliza la tecnología de inyección a presión que se conoce como "PharmaJet".

Esta "vacuna" antiCovid se creó ***al*** insertar ***un fragmento de ADN del virus en el cuerpo humano, que una vez dentro, hace que el virus produzca un componente crucial que el sistema inmunológico identifica y combate***.

Funciona al transferir ***el prototipo genéticamente modificado de los genes virales en pequeñas moléculas de ADN que se administrarán a la persona que recibe la "vacuna"***. Sin embargo, en los ensayos clínicos, este **método solo mostró una efectividad del 67%**.

"La 'vacuna' nasal y la primera 'vacuna' de ADN del mundo contra Covid-19 pronto comenzarán en India", declaró el primer ministro Narendra Modi en un discurso al país. El gobierno indio aprobó la autorización de uso de emergencia para la "vacuna" de ADN de Zydus Cadila a principios de este año.

En su forma más básica, **el ADN** almacena ***los recuerdos de todas las actividades biológicas, sin excepción. También contiene información hereditaria o genética sobre cómo debería reaccionar el organismo en caso de infección***.

Al menos una docena de "vacunas" de ADN contra Covid-19 se encuentran actualmente en ensayos clínicos en todo el mundo, y al menos la misma cantidad en las primeras fases de desarrollo. También se están desarrollando vacunas basadas en ADN para una variedad de otros trastornos.

En una publicación en la revista Nature el 14 de febrero del 22, se reporta que los ensayos preclínicos de las inoculaciones nuevas van avanzadas (recuerden que las farmacéuticas corrieron velozmente a sus puestos de trabajo para generar nuevas "vacunas" para las supuestas nuevas variantes, con el fin de seguir ofreciendo productos que sean comprados por los gobiernos de los países). Sin importarles que de acuerdo a una publicación reciente, se estima que ***cerca del 50% de la población mundial ya se expuso al supuesto virus de forma natural*** (recuerden que la inmunidad natural funciona, y funciona muy bien como hemos demostrado en este informe); y sin importarles que ***la virulencia de las supuestas nuevas variantes es cada vez menor*** (ya era baja; asociaba a una tasa de supervivencia de más del 97% de manera general, pero ahora es aún menor), y sobre todo, sin importarles que se van a seguir generando nuevas variantes ad nauseum, porque eso es lo que ocurre de forma normal cuando se "copia" (nombre correcto: replica) tanto un supuesto virus, y porque ***sus "vacunas", al inducir la inmunidad sistémica y no la inmunidad de mucosas, son incapaces de detener la transmisión***.

El escrito en Nature, por Emily Waltz, indica que las pruebas hasta el momento muestran que ***las "nuevas vacunas" para las supuestas variantes nuevas de SARS-CoV-2 ofrecen "poca o nula ventaja sobre las 'vacunas' que ya existen"***. En otras palabras, ***a día de hoy, parece que no hay ningún beneficio (y por ende, ninguna razón más allá del beneficio económico para las farmacéuticas y quienes resulten beneficiados por aplicarlas) para que se ofrezca (o se obligue) a la población a una nueva dosis de "vacunas" nuevas contra SARS-CoV-2***. En el escrito citan cuatro estudios (1) (2) (3) (4) (aún no publicados bajo un proceso de revisión por pares) que dan cuenta de esto.

Sí, son estudios con animales no humanos, son pocos animales, pero ya comienza a verse la falta de utilidad de estos nuevos productos. En otras palabras, ***no hay nada que señale que darían un beneficio a quien los reciba, pero sí que incrementarían el riesgo de eventos adversos. Como ciertos tipos de comida: todas las calorías y nada de sabor***. Siempre es necesario balancear el beneficio con el riesgo de un fármaco en el contexto del riesgo que representa esa enfermedad sin el fármaco en cuestión, y en el contexto del riesgo de infección. De acuerdo al Prof. Ioannidis, desde 2021, hasta el 50% de la población mundial había sido expuesta al virus. Esto, ya lo saben, significa que ***un número nada ignorable de personas ya cuenta con protección inmune "natural" contra muchas diferentes partes del virus, lo que exige un serio cuestionamiento sobre la necesidad de seguir aplicando "vacunas", refuerzos y nuevas "vacunas"***.

OTRAS CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA

Desde su llegada, la Covid-19 ha protagonizado la mayoría de los temas de conversación, de preocupación e incluso de atención hospitalaria. El miedo al contagio y el supuesto colapso de los sistemas sanitarios han propiciado el deterioro de enfermedades oncológicas, cardiológicas, neurológicas y, respiratorias, entre otras. **Consideradas como las principales causas de muerte en el mundo, estas patologías se han visto agravadas por la llegada del coronavirus**.

La llegada de la Covid-19 ha hecho que muchos de los tratamientos que estaban pendientes de realizar, se cancelaran o no se atendiesen correctamente. Según los expertos, los sanitarios se vieron con la necesidad de utilizar todos los recursos disponibles para combatir el coronavirus. Asimismo, **el desplazamiento de la atención de otras enfermedades ajenas a la Covid-19 ha tenido importantes consecuencias en términos de mortalidad**.

El cambio en los recursos de atención médica para luchar contra el Covid-19 ha llevado a que muchas personas en países pobres no reciban tratamiento para otras enfermedades, **lo que presagia miles de muertes en exceso**, dijo un importante financiador de los programas de tuberculosis y SIDA.

La sombría evaluación se incluyó en un informe publicado recientemente por el **Fondo Mundial** con sede en Ginebra, que dijo que **las interrupciones causadas por la pandemia han tenido un "impacto catastrófico" en la lucha contra la tuberculosis**, que generalmente mata a más personas en todo el mundo cada año que cualquier otra enfermedad infecciosa. Se estima que la tuberculosis ha matado a más de mil millones de personas en los últimos 200 años. El director del Fondo Mundial, Peter Sands, dijo que en algunos países, como los de la región africana del Sahel, **el enfoque en la Covid-19 puede matar a más víctimas de tuberculosis y sida que el número de muertos por la propia Covid**. Los bloqueos han interrumpido algunos servicios, dijo, mientras que los recursos de atención médica en lugares como India y África se cambiaron a la respuesta de Covid-19.

Un número cada vez mayor de casos de tuberculosis y sida no tratados o no diagnosticados tiene el potencial de convertirse en una bola de nieve. Una persona con tuberculosis, por ejemplo, puede en teoría transmitir la enfermedad a otras 10-15 personas cada año. Hubo 10 millones de nuevos casos de tuberculosis y 1.4 millones de muertes en 2019, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En marzo**, la OMS estimó que alrededor de 500 000 personas más de lo habitual podrían haber muerto de tuberculosis el año pasado**, ya que la disminución del tratamiento retrasó la lucha contra la enfermedad en más de una década.

El devastador golpe a los programas de tuberculosis y SIDA marca uno de los muchos **efectos secundarios mortales de la respuesta a la pandemia, que van desde un aumento en las muertes relacionadas con el alcohol hasta el aumento de los suicidios de niños durante los encierros de Covid-19. Las muertes por enfermedades cardíacas también aumentaron a medida que no se diagnosticaron más casos de enfermedades cardiovasculares**.

En general, **el cáncer, las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares (ictus), el alzheimer y las enfermedades crónicas respiratorias de vías inferiores (fundamentalmente EPOC) son las que más mataron a los españoles según el último informe de patrones de mortalidad del Ministerio de Sanidad**.

La mortalidad se triplicó en pacientes con EPOC. Durante los tres primeros meses de pandemia, rememora el doctor Germán Peces-Barba Romero, vicepresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), se suspendieron todos los tratamientos, incluidos los relacionados con las enfermedades respiratorias. Aunque los pacientes hayan tenido un especial cuidado de su enfermedad y hayan estado menos expuestos a factores como la contaminación, el doctor Peces-Barba detalla que todos los pacientes sufrieron las consecuencias de la inactividad física tras el confinamiento. "Todos los pacientes se estuvieron manejando como buenamente pudieron. Fueron tres meses en los que difícilmente tenían acceso a un seguimiento".

En los últimos años prepandemia, la cifra de nuevos casos de cáncer en España rondaba los 276 000. La Covid ha provocado, según los estudios realizados por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), una reducción de unos 50 000 casos. "Hemos realizado varios análisis y la reducción de diagnósticos y primeras visitas está en torno al 20-21%, lo que supone uno de cada cinco casos", afirma Álvaro Rodríguez-Lescure, presidente de esta sociedad científica. Estos pacientes a los que se está retrasando o imposibilitando el diagnóstico "están perdiendo oportunidades de tratamientos, de curación, de paliación y de supervivencia", explica el oncólogo. Ha habido un parón en programas de cribado de cáncer, de mama o de colon. En general, en la realización de biopsias. Hay que analizar la situación desde cada ámbito, cada consejería, cada hospital y abordarlo cuanto antes".

El retraso en el tratamiento del cáncer en Inglaterra podría "tardar décadas en solucionarse" después de que la pandemia de Covid provocara que el servicio de salud "colapsara rápidamente", según un nuevo informe del Instituto de Investigación de Políticas Públicas (IPPR). En la investigación, publicada el viernes, el grupo de expertos independiente advirtió sobre el impacto de la pandemia en el tratamiento del cáncer, instando a los funcionarios a tomar medidas para prevenir consecuencias potencialmente "graves" que requerirán un trabajo "considerable de recuperación". Destacando cómo el coronavirus había provocado que el servicio de salud "colapsara rápidamente", el grupo de expertos dijo que la crisis había obligado al NHS a tomar "medidas impensables como cancelar tratamientos contra el cáncer", dejando a unas 19 500 personas con cánceres no diagnosticados. Al examinar las formas de eliminar el atraso, el estudio advirtió que tomaría hasta 2033 antes de que los hospitales, ya "estirados" a su capacidad, pudieran eliminar el atraso, incluso si las intervenciones de tratamiento se incrementaron en un 5%. Si aumentaran en un 15%, podría eliminarse el próximo año. Sin embargo, si el NHS no impulsara los tratamientos contra el cáncer, el retraso "podría llevar décadas resolver", dijeron los investigadores.

Al principio de la epidemia, los hospitales españoles atendieron un 40% menos de infartos. “Los pacientes acudieron menos al hospital, relativizaban sus síntomas y cuando acudían, lo hacían más tarde y por ello con peor pronóstico”, afirma Ángel Cequier, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Un estudio posterior en 75 hospitales españoles mostró que entre marzo y abril la mortalidad hospitalaria por infarto se duplicó. También observaron que el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la atención se incrementó más de media hora, hasta 233 minutos, algo que también se relacionaba con el aumento de la mortalidad. Hemos visto consecuencias de la pandemia que han perjudicado a estos pacientes, igual que a los de otras patologías”, explica el presidente de la SEC. Se ha producido un aumento de las listas de espera, del retraso diagnóstico y del seguimiento de los pacientes crónicos, que tendrán como consecuencia “que en los próximos años se va a producir un aumento de la mortalidad por estas enfermedades”.

La cancelación de intervenciones “sin carácter de urgencia” de cardiología, debido a la crisis sanitaria, también ha tenido importantes consecuencias en términos de mortalidad a corto plazo para los pacientes. Así lo pone de manifiesto la Asociación de Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (ACISEC) en un reciente estudio. Según los resultados, a los 45 días, tras la suspensión del procedimiento, había fallecido el 8 % de los pacientes que estaban esperando una reparación percutánea de la válvula mitral. Esto es, la reparación de la válvula que garantiza que la sangre del corazón siga fluyendo hacia adelante. De igual forma pasó con el 4.9 % de los que estaban pendientes de un implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI), que regula el flujo de sangre del corazón a la aorta, el mayor vaso sanguíneo que transporta sangre rica en oxígeno al cuerpo. Asimismo, el estudio indica que el 4.5 % también fallecieron a la espera del cierre percutáneo de la orejuela izquierda (especie de saquito que evita el estancamiento de sangre en la cavidad que recibe oxígeno de los pulmones). Todos ellos se encontraban pendientes de ser sometidos a un

procedimiento diagnóstico o terapéutico a fecha del 14 de marzo, pero "dichos procedimientos se cancelaron o retrasaron para reservar camas para los pacientes con Covid-19", explica el doctor Raúl Moreno, autor principal del estudio y presidente de la Asociación de Cardiología Intervencionista de la SEC.

Se estima que unos 120 000 españoles sufren un ictus cada año, aunque un tercio queda sin secuelas, cerca del 30% fallece. De hecho, los ictus son la primera causa de mortalidad en las mujeres y la segunda en general, además de la primera causa de discapacidad en España. En la primera ola, el descenso de asistencia a hospitales por ictus descendió también drásticamente, se estima que más de un 30%. La neuróloga y portavoz de la Sociedad Española de Neurología (SEN) Mar Castellanos recuerda aquellos meses: "No acabábamos de ver la causa pero parece que fue el miedo a acudir a los hospitales. Los que llegaban también lo hacían más tarde y eso en el ictus es particularmente grave, porque la terapia es tiempo-dependiente". En los ictus cada minuto cuenta y un mayor tiempo significa una menor eficacia, reducción de la mortalidad y la morbilidad. Aunque la situación se fue normalizando en las olas posteriores, se ha podido ver afectado el tratamiento de estos pacientes. "Algunas unidades de ictus, donde deben ser atendidos estos pacientes, fueron reconvertidas para atender a enfermos de Covid. Cuando el ictus es más grave, los pacientes pueden necesitar ser intubados en UCI y en ese sentido también se puede haber visto afectado el tratamiento a estos pacientes". La pandemia también ha afectado al manejo de esta enfermedad precisamente por la ralentización de la extensión de las llamadas "Unidades de ictus", cuya implantación lleva años aumentando en nuestro país, también lo ha hecho la prevalencia de la enfermedad.

También preocupa que la pandemia haya podido afectar en algunos casos a los procesos de rehabilitación que muchos de estos pacientes necesitan tras la fase aguda del ictus, así como al seguimiento de pacientes de riesgo que necesitan terapias preventivas. Muchos de ellos son pacientes que han podido tener episodios de ictus minor (episodios con síntomas leves) y que se convierten en pacientes de riesgo para otro episodio.

Los enfermos de alzheimer han estado entre los grandes damnificados por la pandemia. En primer lugar, porque en un gran porcentaje viven en residencias y según los datos que maneja el neurólogo e investigador de la Fundación CIEN, Teodoro del Ser, "se estima que entre el 30 y el 40% de los fallecidos totales por Covid tenía algún tipo de deterioro cognitivo". Pero no sólo por la mortalidad, estos enfermos también se han visto afectados por el aislamiento. "Estos pacientes tienen dificultades para comprender el entorno y cuando éste cambia y lo hacen las rutinas, ellos lo sufren con mayor intensidad". Durante muchos meses, quienes vivían en residencias no han podido reunirse con sus familiares y otros en sus domicilios no pudieron acudir a los centros de día donde recibían asistencia o realizaban actividades que les conectaban con el mundo. Teniendo en cuenta la gran mortalidad que a causa de la Covid han sufrido estos enfermos, aún está por ver, a corto plazo, que efectos tendrá la epidemia en la letalidad de la enfermedad. Lo que sí está advirtiendo la comunidad de enfermos de alzheimer es el agravamiento de los enfermos y la aceleración en la aparición de nuevos casos.

El colapso de los hospitales no ha sido el único inconveniente a la hora de que una enfermedad no empeore. El confinamiento domiciliario también ha tenido un "gran impacto" sobre las enfermedades neurológicas, sobre todo, en la demencia. Según el informe 'Situación de los pacientes con demencia tras el confinamiento por Covid-19', un 60 % de los neurólogos españoles señala que han aumentado los casos de nuevo diagnóstico de deterioro cognitivo durante los meses posteriores a marzo 2020. El doctor Láinez señala que, aunque el impacto que ha tenido la pandemia en los pacientes con demencia haya sido "especialmente llamativo", también se ha podido ver un empeoramiento en otras enfermedades neurológicas como epilepsia, ictus, párkinson, cefaleas o esclerosis múltiple.

Por otro lado, los efectos del confinamiento han perjudicado de igual manera a las personas sanas. "Casos donde el sedentarismo, el exceso de actividad física, o posturas anómalas han derivado en eventos neurológicos que incluso han requerido ingreso hospitalario y asistencia médica": Dra. Cristina Íñiguez, vicepresidenta y responsable del Área Científica de la SEN.

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) ha concluido que solo el 53.3 % de los pacientes crónicos ha podido continuar su tratamiento en los centros ambulatorios y hospitalarios con normalidad desde la finalización del primer estado de alarma. Los resultados, extraídos del estudio también presentan que el 44.3 % de estos pacientes ha sufrido algún cambio en su atención. Otro de los problemas detectados por el Observatorio de la POP es la dificultad en la derivación de pacientes desde Atención Primaria a la hospitalaria, teniendo como consecuencia la paralización de diversas pruebas o tratamientos tanto farmacológicos, como rehabilitadores.

La percepción del riesgo no se forma en el vacío, sino que está moldeada e influenciada por la política gubernamental y la comunicación. El resultado es que los individuos toman precauciones que aumentan la muerte y disminuyen la probabilidad de recibir tratamiento para cualquier otra condición diferente de Covid.

Podemos ver que esto ha ocurrido también en el Reino Unido a través de las asistencias totales a urgencias incluso desde el principio del periodo de cierre, que fueron un 48% más bajas que en la misma época (abril) del año anterior. A continuación podemos ver sólo algunas de las áreas a las que ha afectado negativamente esta reticencia a acudir a los tratamientos.

Ya en abril de 2020, la Fundación Británica del Corazón (BHF) señaló que, por lo general, 100 000 ingresos hospitalarios al año se deben a infartos; es decir, 280 ingresos diarios o 1 cada 5 minutos. Sin embargo, la BHF detectó un descenso del 50% en las asistencias a urgencias por infarto, lo que equivale a que cada mes, o más de 1100 personas a la semana, con posibles síntomas de infarto no sean atendidas en los servicios de urgencias.

La Asociación de Accidentes Cerebrovasculares (Stroke Association) ha registrado cifras similares en lo que respecta a los ingresos por accidentes cerebrovasculares. Según las cifras de Public Health England, la asistencia a los

servicios de urgencias ha disminuido en más de un tercio (34.5%) con respecto a la misma semana del año anterior, pasando de 136 669 a 89 584. Public Health Scotland informa que la asistencia a los departamentos de emergencia ha disminuido en más de un tercio (40.1%) respecto a la misma semana del año anterior. En 2019, se produjeron casi 90 000 accidentes cerebrovasculares solo en Inglaterra.

Desde el inicio del cierre, los servicios de diagnóstico esenciales (por ejemplo, la endoscopia) se suspendieron o funcionaron a una capacidad sustancialmente reducida.

Según Cancer Research UK (CRUK), el número de personas que se sometieron a exámenes de detección entre marzo y septiembre de 2020 fue de 3 millones menos que el año anterior durante esos meses. Además, el número de endoscopias realizadas en abril de 2020 fue un 90% menos que el número realizado en cada uno de los tres primeros meses de 2020.

Hay muchas otras dolencias físicas que han sido ignoradas y que han causado sufrimiento e incluso la muerte, así como problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad se dice que han aumentado exponencialmente debido al aislamiento, la pobreza, la falta de vivienda, la pérdida de negocios. Aumentaron las violaciones y los delitos sexuales graves, los abogados de la fiscalía llevaban una media de 27 casos cada uno, en comparación con los 15 anteriores.

Espectacularmente, hubo informes de niños y jóvenes que se autolesionaron y se suicidaron 5 veces más que los que murieron de Covid-19 durante el primer año de la pandemia en el Reino Unido. Todo ello como resultado de una modelización sobreexagerada y de un asesoramiento disparatado y desproporcionado por parte de un asesor del gobierno que nunca parecía haberse visto afectado ni por el virus ni por las medidas.

Ahora es bueno considerar, después de leer todo esto, que todos esos pacientes han visto peligrar o empeorar su salud como consecuencia de un supuesto virus, cuya existencia no ha sido demostrada científicamente, que además, causa una supuesta enfermedad conocida como Covid-19 cuyos síntomas son comunes con otras enfermedades, cuyos métodos de diagnóstico dan un 97% de falsos positivos y cuya mortalidad, es incluso inferior a la de la gripe común. DEMOLEDOR.

Exceso de muertes

Al examinar el exceso de muertes, es importante reconocer las muertes indirectas que resultan de las acciones de control de la pandemia por parte de los gobiernos. A continuación se muestran los aspectos más destacados de una discusión de este artículo ampliamente abordado para analizar el exceso de muertes, titulado "El verdadero número de muertos por la pandemia".

Esta conclusión llamó la atención: "Quince millones de personas más han muerto durante la pandemia de Covid-19 en comparación con las normas históricas,

según un reciente informe de The Economist. Esta cifra es más del triple de las muertes reportadas por Covid-19, que asciende a 4.6 millones de personas". En otras palabras, alrededor de 10 millones de muertes en exceso sobre las muertes por infección directa por Covid.

"¿Y las personas que murieron por causas evitables durante la pandemia porque los hospitales, supuestamente, estaban llenos de pacientes con Covid-19 y no pudieron tratarlos? Si esos casos cuentan, deben compensarse con muertes que no ocurrieron pero que sí se habrían producido en épocas normales, como las causadas por la gripe o la contaminación del aire". Estas ideas entran en la clase de impactos indirectos de Covid.

The Economist tuvo que invocar los impactos indirectos de una pandemia además de las muertes inducidas por "vacunas". **Cuando se habla de muchos millones de muertes en exceso a nivel mundial, la única explicación racional son los impactos indirectos generalizados de la pandemia que han devastado a toda la población mundial**. **<u>Esto significa que no ha sido el virus el que ha matado a la mayoría de las personas, sino las acciones del gobierno</u>**. **Es bastante plausible que por cada muerte de Covid, dos personas más hayan muerto por los impactos indirectos del manejo de la pandemia**.

Aquí están los datos reportados para América del Norte: 675 000 muertes por Covid y 843 000 muertes en exceso (incertidumbre media). Esa es una gran cantidad de muertes excesivas que solo podrían explicarse por los impactos en la salud de las acciones gubernamentales. **Para los Estados Unidos, se informó de que las muertes por infección acumulada por Covid-19 han llegado a cerca de 650 000, y el exceso de muertes es de 820 000, presumiblemente muertes indirectas**. Actualización, para las actuales 730 000 muertes por infección en Estados Unidos, implican 921 000 muertes colaterales indirectas.

Hay una observación importante de un informe de los NIH. "Aproximadamente 2.9 millones de personas murieron en los Estados Unidos entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de diciembre de 2020. En comparación con el mismo período de 2019, **hubo un exceso de 477 200 muertes, de las cuales el 74% se debió al Covid-19**". Eso equivale a 343 584 muertes por Covid durante el primer año de la pandemia; es consistente con las más de 730 000 muertes por Covid reportadas desde 2020.

Para 2020, cuando Covid comenzó a devastar el país, en comparación con la pre-pandemia de 2019, **deja 133 616 muertes por explicar**. La respuesta no puede ser muertes asociadas con las "vacunas" Covid para este período de prevacunación. Ese es el punto clave: la prevacunación, lo que significa que ***<u>la explicación plausible del significativo exceso de muertes de 133 616 son los muchos impactos negativos en la salud que causan muertes por la expansión de las acciones gubernamentales de control de pandemias en 2020</u>***. Estos incluyeron muchos cierres, mandatos de permanencia en el hogar, interrupciones en la atención médica y pérdida de puestos de trabajo. En otras palabras, muertes colaterales.

De acuerdo con esta afirmación, encontramos un artículo de una revista médica titulado "Exceso de muertes por Covid-19 y otras causas en los Estados Unidos, del 1 de marzo de 2020 al 2 de enero de 2021". Dijo que las muertes atribuidas al Covid-19 representaron el 72.4% del exceso de muertes en Estados Unidos, dejando **un 27.6% explicado con mayor probabilidad por muertes colaterales**.

El artículo decía lo siguiente: "Entre el 1 de marzo de 2020 y el 2 de enero de 2021, Estados Unidos, experimentó 2 801 439 muertes, un 22.9% más de lo esperado, lo que representa un exceso de 522 368 muertes. Las muertes atribuidas a Covid-19 representaron 72.4 % del exceso de muertes en EE. UU. "Eso deja 27.6% o un poco más de 144 000 muertes no por Covid. Se proporcionaron datos detallados sobre muertes específicas no causadas por Covid, que incluyen: enfermedad cardíaca, enfermedad de Alzheimer / demencia y diabetes.

Un artículo de Scientific American de junio de 2021 dijo que **el 18% del exceso de muertes en los Estados Unidos el año pasado (2020) no se asignó a Covid**. Así, el 78% se relacionó con infecciones por Covid. Se informó que Andrew Stokes, de la Universidad de Boston, y sus colegas calcularon el exceso de muertes para cada uno de los más de 3100 condados de EE. UU. Para hacerlo, compararon los datos provisionales de mortalidad de 2020 del Centro Nacional de Estadísticas de Salud con las tasas de mortalidad previstas basadas en años anteriores. Luego, los investigadores compararon la proporción de muertes en exceso atribuidas a Covid en los certificados de defunción con las asignadas a otras causas. Sus datos mostraron que el 18% del exceso de muertes en los EE. UU. En 2020 no se asignaron a Covid. Se deduce que hubo alrededor de 77 000 muertes indirectas, razonablemente explicadas por muertes colaterales.

Un artículo de septiembre de 2021, encontró que para 2020, hubo 375 235 muertes en exceso, con un 83% atribuible a causas directas y **un 17% a los efectos indirectos del Covid-19**. Entonces, alrededor de 64 000 muertes fueron muertes colaterales.

El sitio web Our World Data enfocado en los datos dijo lo siguiente:

"El recuento bruto de muertes nos da una sensación de escala: por ejemplo, Estados Unidos sufrió aproximadamente 472 000 muertes en exceso en 2020, en comparación con 352 000 muertes confirmadas por Covid-19 (75%) durante ese año". **Eso deja un 25% o 120 000 muertes colaterales**.

Un informe dijo esto:

"En el primer año de la pandemia de Covid en Estados Unidos (las 52 semanas que terminaron el 27 de febrero de 2021) hubo 665 000 muertes en exceso (muertes por encima de la tasa de mortalidad estacional normal) informadas por los CDC. **La cifra oficial de muertos por Covid en ese lapso fue de 514 000 (77%), esto significa que es probable que las muertes no causadas por Covid y causadas por la pandemia y posiblemente por nuestras opciones**

de política, totalicen al menos esta diferencia de 151 000”. Esto último, lógicamente, serían muertes colaterales. Y así se explicó esa diferencia de 151 000:

“El exceso de muertes debidas a causas no naturales aumentó en aproximadamente 82 000 por encima de los niveles normales, desde marzo de 2020 hasta agosto de 2021. Las causas no naturales están dominadas por homicidios, suicidios, sobredosis y accidentes. Y, **el exceso de muertes debido a las cuatro grandes causas naturales (enfermedades cardíacas y pulmonares, cáncer y accidente cerebrovascular) se disparó en más de 86 000 durante esos mismos 18 meses, principalmente durante 2020**. Estas dos categorías solo suman 168 000 muertes en exceso".

Claramente, muchas muertes fueron causadas por los controles gubernamentales pandémicos que hicieron la vida extremadamente difícil y estresante. Sobre este punto, el informe señaló:

“El número de muertos por causas no naturales ha aumentado drásticamente y no es probable que disminuya tan rápidamente. Las investigaciones muestran que los efectos colaterales sobre la salud, directos e indirectos, tras el desempleo y otras perturbaciones económicas siguen siendo elevados durante varios años. Lo mismo parece ser cierto para las sobredosis y los homicidios, debido a los efectos persistentes en la salud mental, aunque quizás no para las muertes accidentales”.

El promedio de los informes anteriores es del **25.3% para las muertes no relacionadas con la infección y causadas por la pandemia, un promedio de 117 745 muertes colaterales al año, y antes de las muertes por “vacuna”**, sería un hecho significativo. **Como las medidas impulsadas por los gobiernos a nivel mundial, han sido muy similares, ese porcentaje es perfectamente extrapolable para todos los países que han aplicado las medidas contra la “pandemia”**.

Según un análisis de los datos en el Reino Unido, **el exceso de 65 986 muertes no relacionadas con Covid-19 representa un aumento del 37% en las muertes de la población en general**.

Se han reportado más de 65 000 muertes en exceso no relacionadas con Covid-19 en Inglaterra y Gales en los últimos 18 meses, lo que lleva a varios expertos a cuestionar si los bloqueos han demostrado ser más mortales que el virus en sí.

Los datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales de Inglaterra y Gales muestran que hubo **al menos 74 745 muertes en exceso en hogares privados en los primeros 18 meses de pandemia, en comparación con los promedios de 2015-2019, con solo 8759 (12%) relacionados con Covid-19**.

Según un análisis de los datos, las 65 986 “muertes en exceso” no relacionadas con Covid-19 representan un **aumento del 37% en las muertes para la población en general y un aumento del 30% para los niños de 15 a 19 años**.

"El gobierno necesita con urgencia datos precisos sobre lo que está sucediendo para evitar más muertes en exceso. Comprender esto también es crucial para gestionar nuestra respuesta a la pandemia, garantizar que mitigamos los problemas prevenibles puede significar que nunca más nos encierremos", dijo el profesor Carl Heneghan, director del Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford.

"**Más personas mueren por causas no coviduales y seguimos viendo un aumento considerable y continuo en el exceso de muertes este año no causadas por Covid-19 y que ocurren principalmente en el hogar**. Esto es extremadamente preocupante. Es urgente que ahora lancemos una investigación adecuada para averiguar si estas muertes podrían haberse evitado. Los certificados de defunción solo dan una instantánea de lo que realmente está sucediendo".

Según los datos, **el mayor aumento de muertes en hogares privados se produjo en abril de 2020 y enero de 2021**. **En abril de 2020, Inglaterra y Gales se encontraban en un bloqueo a nivel nacional** y, según las estadísticas oficiales, las muertes en el hogar no relacionadas con Covid aumentaron en más de 7000 (a 17 894), en comparación con el promedio de los cinco años anteriores (10 239) para el mismo mes.

De manera similar, **cuando Inglaterra y Gales entraron en su tercer bloqueo a nivel nacional en enero de 2021, las muertes en el hogar alcanzaron su segundo pico más alto**, aumentando en casi 3000.

La hipótesis de Heneghan de que **los encierros pueden ser uno de los factores que causan el aumento de muertes inesperadas no es algo que solo se advierta en Inglaterra, sino que está respaldada por numerosos estudios científicos y expertos de todo el mundo**.

The Epoch Times destacó el testimonio del profesor de economía de la Universidad Simon Fraser de Canadá, Douglas Allen, quien en abril publicó un estudio en el que declaraba que **era "posible que el bloqueo se convierta en uno de los mayores fracasos de las políticas en tiempos de paz en la historia de Canadá"**. El estudio, una revisión de más de 80 artículos de investigación sobre bloqueos en todo el mundo, concluyó que **los bloqueos *salvaron 22 333 años de vidas perdidas pero causaron 6.3 millones de años de vidas perdidas, lo que hace que el daño a largo plazo de la póliza sea 282 veces peor que sus beneficios***.

Otro estudio realizado por Marine Baudin, Jérémie Mercier y Denis Rancourt encontró que **el número de muertes por Covid en Estados Unidos se debe en realidad al "estrés psicológico crónico persistente inducido por las transformaciones económicas y sociales impuestas por el gobierno durante la era Covid que convirtió los factores de riesgo existentes en la sociedad (pobreza), la salud pública (obesidad) y el clima cálido en agentes mortales**".

“Necesitamos ir más allá y observar aquellas muertes que pueden no haber sido cubiertas por los médicos forenses. Entender la verdadera causa y lo que se puede hacer para reducir el alto número de muertes en exceso, particularmente aquellas en el hogar”, agregó Heneghan.

Según el informe, las muertes han ido en aumento, sobre todo en hombres jóvenes y personas mayores que padecen demencia y Alzheimer.

Durante el período comprendido entre enero de 2021 y octubre de 2021, 462 adolescentes varones de entre 15 y 19 años fueron encontrados muertos en sus hogares, un aumento del 20% en comparación con el promedio de cinco años de 386 en esos mismos meses, y un aumento de cerca del 30% desde 355 del año pasado.

Según la Oficina de Estadísticas Nacionales, "los hogares privados son el único lugar de ocurrencia donde las muertes han estado consistentemente por encima del promedio de cinco años en todos los meses desde enero de 2020 hasta junio de 2021".

“**En los hogares privados, la demencia y la enfermedad de Alzheimer fueron la principal causa de muerte con el mayor aumento de muertes en 2020 en comparación con el promedio de cinco años; aumento del 72.5% y 60.7% para hombres y mujeres respectivamente (1433 y 2485 muertes más)**”.

En el “Comentario del estadístico” que antecede a los datos publicados por la Oficina, Sarah Caul, Jefa de Análisis de Mortalidad, dijo que “a diferencia de los hospitales, residencias y otros entornos, la principal causa de muerte no ha sido el Covid-19. En cambio, **hemos visto aumentos sustanciales en las personas que mueren por otras cosas, como enfermedades cardíacas, demencia y Alzheimer y varios cánceres**".

La Dra. Renee Hoenderkamp, una practicante general privada que ha examinado el exceso de datos de mortalidad, dijo a Express: “Lo que sea que esté sucediendo aquí es una preocupación seria. No queremos que la gente saque conclusiones precipitadas, pero queremos una investigación exhaustiva y rápida de las causas porque tenemos que detenerla".

Ricos más ricos y pobres más pobres

La parte de la riqueza que poseen los súper ricos del mundo se disparó durante la pandemia, mientras que por otro lado más de 100 millones de personas se hundieron en la pobreza extrema, según encontró un importante estudio.

Según el informe sobre la desigualdad mundial, el 1% superior tomó el 38% de toda la riqueza adicional acumulada desde mediados de la década de 1990, mientras que el 50% inferior capturó solo el 2%.

También dijo que los 2755 multimillonarios del mundo ahora poseen colectivamente el 3.5% de la riqueza mundial de los hogares, mientras que al comienzo de la "pandemia", poseían el 2%.

"La crisis de la Covid ha exacerbado las desigualdades entre los muy ricos y el resto de la población", dijo el autor principal Lucas Chancel, y agregó que las economías ricas utilizaron un apoyo fiscal masivo para mitigar los fuertes aumentos de la pobreza observados en otros lugares.

El 10% más rico de la población ahora se lleva el 52% del ingreso mundial y la mitad más pobre solo el 8%, mostró el estudio. Algunos superricos se han beneficiado del cambio en línea de gran parte de la economía mundial durante los bloqueos de Covid-19, mientras que otros simplemente se beneficiaron del aumento de los precios de los activos.

"Dado que la riqueza es una fuente importante de ganancias económicas futuras y, cada vez más, de poder e influencia, esto presagia un mayor aumento de la desigualdad", dice el estudio, que describe el estado actual de los acontecimientos como una "concentración extrema de poder económico en manos de una minoría muy pequeña de los superricos".

Europa fue nombrada la región más equitativa del mundo, con el 10% más rico tomando el 36% de la participación en los ingresos. El Medio Oriente y el norte de África fueron los más desiguales, con el 10% más rico tomando el 58% de los ingresos.

PRESENCIA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS EN LOS GELES DESINFECTANTES

Según el discurso oficial, lavarse las manos con jabón se considera la primera línea de defensa para la higiene, pero cuando esa opción no está disponible, los desinfectantes de manos son otra opción. Lo que no se dice, es que los componentes de esos geles, pueden no ser inocuos.

Debido al aumento en la demanda de los consumidores de desinfectantes para manos, hubo escasez en la disponibilidad de desinfectantes para manos. Esto obligó a mucha gente a intentar producir desinfectantes para manos en casa. También creó una vía para que nuevas empresas comenzaran a fabricar estos productos. Si bien algunas empresas fueron honestas y utilizaron con diligencia los ingredientes aprobados en sus proporciones adecuadas, **algunos fabricantes decidieron aprovechar el pánico causado por la pandemia. Estos malos actores producían desinfectantes para manos que eran de calidad inferior (que contenían los ingredientes activos en cantidades inferiores a las apropiadas) o completamente tóxicos (que usaban sustancias químicas similares pero peligrosas para la fabricación del producto)**.

Lo primero que se debe tener en cuenta al comprar un desinfectante para manos es el ingrediente activo, que es el ingrediente que realiza la desinfección.

El alcohol etílico y el alcohol isopropílico se consideran opciones más seguras para los ingredientes activos. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los CDC recomiendan desinfectantes que contienen alcohol en concentraciones de al menos el 60%. Aunque los alcoholes etílico e isopropílico son probablemente opciones más seguras, en 2017 la FDA aplazó una decisión final sobre la seguridad de estos alcoholes (junto con otro ingrediente común, el cloruro de benzalconio) para llenar los vacíos de datos. Esto significa que la FDA aún podría cambiar esta decisión en el futuro a medida que se disponga de más investigaciones.

Las pruebas **más recientes de la FDA descubrieron dos tipos de alcohol potencialmente dañinos que se utilizan en los desinfectantes para manos. El primero es el metanol, mientras que el segundo es el 1-propanol**.

El alcohol metílico o metanol, es lo que se utiliza para fabricar anticongelante y combustible para cohetes. **Es una forma de alcohol altamente tóxica y no debe frotarse sobre la piel ni ingerirse**. Cuando se ingiere, el metanol puede provocar dolores de cabeza, náuseas, coma, convulsiones, ceguera permanente o la muerte. En la web de los CDC, puede encontrar más información sobre las personas que perdieron la vida o la vista de forma permanente como resultado de la ingestión de desinfectantes para manos que contienen el alcohol metílico.

El alcohol 1-propílico es la principal sustancia que se utiliza en la fabricación de productos químicos de limpieza industrial y **puede ser peligroso para los seres humanos cuando se ingiere**. Los síntomas graves, como dificultad para respirar y disminución de la frecuencia cardíaca, se presentan en personas que beben un desinfectante de manos contaminado con 1-propanol. Este tipo de alcohol también causa la muerte cuando se ingiere. Si su piel o sus ojos están expuestos a este alcohol, puede causar irritación. La FDA informa que algunas personas incluso se han quejado de tener reacciones alérgicas en la piel después de que un desinfectante de manos con 1-propanol entrara en contacto con su piel.

Los desinfectantes para manos contienen ingredientes adicionales más allá de los ingredientes activos; estos se denominan ingredientes inactivos y pueden aparecer por separado en la etiqueta. Vamos a explorar los problemas de salud asociados con algunos de los otros ingredientes que se encuentran comúnmente en los desinfectantes para manos y cómo comprar mejores opciones:

Tintes artificiales

Los tintes artificiales se derivan comúnmente del petróleo y se pueden agregar a alimentos, cosméticos y productos de cuidado personal como desinfectantes para manos. ¡Puede reconocer los tintes en el empaque de productos convencionales como una de las pocas palabras en la lista de ingredientes que puede reconocer y pronunciar! Algunos ejemplos son el azul 1, el rojo 40 y el amarillo 5. A pesar de su grafía amigable, **se han relacionado con efectos nocivos que incluyen una** absorción dérmica acelerada **en la piel dañada**, reacciones alérgicas e hiperactividad **cuando se ingieren**. Desafortunadamente,

las grandes lagunas de datos permanecen en la literatura sobre colorantes artificiales, por lo que al aplicar el principio de precaución (también conocido como omitir ingredientes sin suficiente información), puede ser mejor evitarlos cuando sea posible.

Parabenos

Los parabenos son ingredientes que se utilizan para conservar productos. Prolongar la vida útil de un artículo es algo bueno, pero, lamentablemente, el uso de parabenos para prevenir el crecimiento de microorganismos también conlleva algunos problemas de toxicidad. Por ejemplo, los parabenos **son sustancias químicas que** alteran el sistema endocrino **y se han asociado con el** cáncer de mama **y** daños reproductivos. Se pueden ver en el empaquetado buscando el sufijo "paraben" en la etiqueta de los ingredientes (etilparabeno, isopropilparabeno, etc.).

Los parabenos **son disruptores endocrinos conocidos que pueden imitar al estrógeno en el cuerpo**. Varios estudios han demostrado que los parabenos **pueden afectar los mecanismos de las células mamarias normales y potencialmente influir en su crecimiento anormal, lo que aumenta el riesgo de cáncer de mama**:

Aumento del crecimiento celular. Varios estudios muestran que **los parabenos pueden imitar al estrógeno y, como resultado, aumentar el crecimiento de las** células mamarias**.** Los estudios basados en células de los efectos de los parabenos sobre el receptor de estrógeno no abordan otros sistemas que influyen en el desarrollo del cáncer de mama. Un estudio basado en células intentó imitar las condiciones de las células y los tejidos agregando proteínas llamadas factores de crecimiento, que estimulan la expresión de HER2, que se encuentra en el 25% de los cánceres de mama. Los autores encontraron que la presencia de un factor de crecimiento llamado heregulina hace que los parabenos estimulen el receptor de estrógeno a niveles que se habían considerado no tóxicos en la investigación basada en células.

Disminución de la muerte celular. Los estudios muestran que **algunas concentraciones de parabenos pueden reducir la muerte celular programada**, que es una de las formas en que el cuerpo se ocupa de las células dañadas.

Metástasis. Los estudios in vitro han encontrado que **las células expuestas a parabenos durante más de 20 semanas pueden aumentar los factores asociados con las metástasis**.

Bloqueo de los agentes de quimioterapia. **El metilparabeno puede disminuir la capacidad del tamoxifeno para impedir los efectos del estrógeno, lo que hace que este fármaco de quimioterapia común sea menos eficaz para tratar el cáncer de mama**.

Los parabenos se han relacionado con otros problemas de salud, como alergias y también pueden alterar los niveles de tiroides.

Las mujeres embarazadas, los fetos y los niños pequeños son los más vulnerables a los parabenos, porque en estas etapas de la vida el tejido mamario es más susceptible a los disruptores endocrinos.

Evite los productos que incluyan parabenos como ingredientes. Los parabenos comunes y sus sinónimos incluyen:

- propilparabeno (o 4-hidroxilbenzoato de propilo)
- butilparabeno (o 4-hidroxilbenzoato de butilo)
- etilparabeno (o 4-hidroxilbenzoato de etilo)
- heptilparabeno (o heptil 4-hidroxilbenzoato)
- metilparabeno (o 4-hidroxibenzoato de metilo)

Los compuestos de polietilenglicol (PEG)

Se utilizan por sus propiedades espesantes, suavizantes y que mejoran la penetración. Se encuentran en una amplia gama de productos de consumo, incluidos los desinfectantes para manos. **Los compuestos de PEG se crean mediante un proceso llamado etoxilación, lo que significa que es probable que estén contaminados con carcinógenos como el óxido de etileno y / o 1,4 dioxano**. Dado que estos contaminantes no son ingredientes agregados intencionalmente, sino más bien subproductos del proceso de fabricación, **no se etiquetarán en la etiqueta de ingredientes**.

Para agravar el problema de la contaminación está el hecho de que el efecto de mejora de la penetración de algunos PEG puede permitir una mayor absorción de otros ingredientes potencialmente dañinos en la formulación de cualquier producto.

La mejor manera de evitar los PEG y sus posibles contaminantes es evitar los productos con "PEG" en la lista de ingredientes, generalmente como "PEG" seguido de un número (Ej: PEG-40). **El número después de "PEG" se correlaciona con el número de moles, una unidad científica estándar de medida, de óxido de etileno agregado al compuesto durante el proceso de etoxilación**.

Fragancia no divulgada

Las empresas no están obligadas a divulgar sus formulaciones de fragancias en el empaquetado, lo que significa que la "fragancia" podría ser un cóctel de cientos de ingredientes. Aunque algunos ingredientes pueden ser inofensivos, es mejor evitar las fragancias no reveladas

porque **se sabe que algunos ingredientes comunes de las fragancias causan daños, como los ftalatos y los almizcles sintéticos**. Sin los ingredientes enumerados, no podemos saber qué hay dentro.

Fragancias y ftalatos, estos dos grupos van de la mano, ya que los ftalatos ayudan a que las fragancias perduren más tiempo. **Los** ingredientes **de las fragancias se clasifican como alérgenos, disruptores hormonales, desencadenantes del asma, neurotoxinas y carcinógenos**. La industria de las fragancias se regula a sí misma y los fabricantes no están obligados a enumerar los ingredientes de sus fragancias en las etiquetas de los productos.

Valisure, una farmacia y laboratorio independiente que prueba la calidad de los productos farmacéuticos, probó 260 productos y **encontró niveles elevados de benceno en más de 20 de ellos**. **El benceno es un carcinógeno humano conocido, y se sabe que la exposición al mismo causa trastornos sanguíneos, incluida la leucemia**. 21 productos de 15 marcas probados por encima del límite interino de la FDA. Los tres primeros dieron **entre seis y ocho veces más de lo permitido**.

Ingredientes principales a evitar para un desinfectante de manos no tóxico, además de los ya mencionados:

El triclosán es un pesticida sintético que a menudo se agrega a detergentes, jabones y productos de cuidado personal como desodorantes y pastas dentales porque tiene propiedades antibacterianas, pero es importante tener en cuenta que no tiene el poder de matar los virus que causan resfriados y gripes. En 2016, la FDA prohibió su uso en jabones antibacterianos, pero la nueva regulación aún permite su uso en productos fuera de los jabones antibacterianos para manos.

El triclosán se ha asociado con alteraciones hormonales, cáncer, daño hepático y el desarrollo de supergérmenes. Se debe evitar todo lo que contenga triclosán o triclocarbán en la etiqueta.

SLS y SLES son tensioactivos que disuelven la tensión superficial en agua para ayudar a que productos como jabones y detergentes formen espuma. Desafortunadamente, **están asociados con muchos riesgos para la salud que van desde la irritación de la piel, los pulmones y los ojos hasta la toxicidad orgánica, la alteración endocrina y el cáncer**.

La Sociedad de Orientación al Consumidor de la India llevó a cabo un estudio y **descubrió que casi el 50% de los desinfectantes para manos estaban adulterados**. **Eso significa que uno de cada dos desinfectantes para manos en el mercado no es lo que dice ser y no puede matar al supuesto coronavirus**. Según el estudio, **cinco desinfectantes para manos contenían metanol, que como ya hemos visto, es una sustancia química tóxica. Daña el hígado, provoca ceguera y afecta los riñones. En el caso de sobreexposición, causa la muerte**.

La Academia Estadounidense de Pediatría insta **a los padres a mantener los desinfectantes de manos fuera del alcance de los niños**. Desde que las familias comenzaron a comprar más desinfectante para manos durante la pandemia de Covid-19, el Sistema Nacional de Datos de Envenenamiento **ha recibido muchos más informes de exposiciones no intencionales en niños**. Muchos son para niños menores de 5 años.

Los médicos dicen que **el uso excesivo del desinfectante de manos puede ser peligroso, especialmente para los niños, porque algunos desinfectantes de manos pueden absorberse a través de la piel como una sustancia química tóxica**. Algunos expertos temen que la sustancia química pueda absorberse a través de la piel de los niños, provocando problemas de salud a largo plazo. Los médicos recomiendan usar desinfectante de manos solo cuando sea realmente necesario, en lugar de usarlo todos los días, y solo usar pequeñas cantidades cuando se usa. "Los niños pueden absorber suficiente metanol a través de la piel como para ser tóxico", dijo al Globe el Dr. Gregory Poland, médico de enfermedades infecciosas de la Clínica Mayo.

“Las personas que abusan del desinfectante de manos por temor a la Covid-19 **podrían producir vapores peligrosos que podrían irritar la piel y las vías respiratorias de las personas**”. El uso constante del desinfectante de manos también puede causar irritación de la piel debido al alto contenido de alcohol.

La piel es como una pared de ladrillos", dijo al Globe la Dra. Abigail Waldman, dermatóloga del Brigham and Women's Hospital en Boston. "Tienes estos ladrillos que lo protegen y el desinfectante de manos hace un buen trabajo que a menudo crea agujeros en esa pared de ladrillos". **Las bacterias también pueden eventualmente desarrollar resistencias al desinfectante de manos si están demasiado expuestas a él**. “De hecho, puede obtener resistencia al desinfectante de manos, lo que significa que la flora o las bacterias o virus típicos con los que se encuentra desarrollarán resistencia contra lo que sea que esté usando”.

La OMS recomendó desinfectantes de manos a base de alcohol para la higiene frecuente de las manos, que se componen principalmente de etanol, alcoholes isopropílicos y peróxidos de hidrógeno en diferentes combinaciones. Estas preparaciones pueden volverse tóxicas para la salud humana y el medio ambiente si se usan incorrectamente. Estos productos químicos tienen un impacto tóxico y peligroso conocido en el medio ambiente cuando se liberan por evaporación.

La Asociación Estadounidense del Centro de Control de Envenenamientos informó de 9504 casos de exposición a desinfectante de manos alcohólico en niños menores de 12 años y ha reconocido que **incluso una pequeña cantidad de alcohol puede causar** intoxicación **por alcohol en los niños que es responsable de confusión, vómitos y somnolencia, y en casos severos, paro respiratorio y muerte**. Además, el uso frecuente de dichos desinfectantes de manos ha informado una mayor probabilidad de resistencia a los antimicrobianos y la posibilidad de otras enfermedades virales. **La toxicidad del etanol también se asocia con depresión respiratoria que resulta en paro**

respiratorio, hipotermia, arritmias cardíacas con posible paro cardíaco, hipoglucemia, cetoacidosis e hipotensión. El contacto dérmico del etanol causa irritación y afección alérgica de la piel y los ojos, mientras que la exposición prolongada produce sequedad o agrietamiento de la piel con descamación, enrojecimiento o picazón. Un estudio publicado en 2018 informó que el uso constante de desinfectante de manos a base de etanol **influye en la concentración de etilglucurónido en la orina**.

La mayoría de los desinfectantes para manos están disponibles en botellas de colores brillantes y tienen un olor atractivo a caramelo o cualquier sabor de comida que sea muy tentador para los niños pequeños. Los niños pequeños, incluidos los bebés, son más susceptibles a enfermarse por intoxicación por alcohol que los adolescentes. **Los niños pequeños han disminuido las reservas de glucógeno hepático, lo que aumenta su susceptibilidad a desarrollar hipoglucemia y numerosos factores farmacocinéticos que los hacen más propensos a la intoxicación por alcohol**. Informes recientes han reconocido serias preocupaciones, que incluyen apnea, acidosis y coma en niños pequeños que ingirieron desinfectante de manos a base de alcohol.

Los expertos médicos han comenzado a advertir que el uso excesivo de desinfectante de manos a base de alcohol como medida preventiva contra el coronavirus **aumenta indirectamente el** riesgo **de infección a través de trastornos de la piel**. **El uso excesivo de desinfectante contra el "nuevo virus" causante de neumonía es responsable del daño cutáneo y reduce su capacidad para actuar como barrera contra otros virus dañinos. El uso excesivo de un desinfectante a base de alcohol aumenta la permeabilidad de la piel y priva de aceite y agua a la piel y produce aspereza e irritación de la piel. La piel seca y dañada es semillero de muchas enfermedades que causan bacterias con mayor riesgo de entrada de virus en la piel. Los informes de investigación han indicado que el uso excesivo de desinfectantes en algunos casos puede aumentar el riesgo de brotes virales**. **La** exposición **repetida a desinfectantes, antibióticos u otros químicos genotóxicos induce a los microbios a tener mutaciones a través de procesos naturales que los hacen resistentes para sobrevivir por el uso repetido de desinfectante de manos**.

Si se derraman grandes cantidades de isopropanol en el suelo, puede infiltrarse y contaminar el agua subterránea. El isopropanol tiene la capacidad de oxidarse por los fotoquímicos en el aire que lo hacen menos persistente en la atmósfera. No puede bioacumularse debido a su rápida biodegradabilidad. Grandes cantidades de derrames en cuerpos acuáticos pueden causar daños ambientales porque tienen una alta potencia para agotar el oxígeno en los cuerpos de agua. El etanol tiene un uso generalizado en industrias y hogares y sus impactos en los seres humanos y el medio ambiente aún son discutibles. Los organismos acuáticos podrían verse afectados directamente por los derrames de etanol en el cuerpo de agua.

El uso frecuente **y mayor de desinfectante de manos produce una toxicidad que conduce a la muerte; puede atribuirse por ingestión**

accidental, absorción por contacto dérmico e ingestión suicida. El potencial del etanol para causar cáncer de piel a través de la absorción cutánea y la carcinogenicidad se encuentra en debate e investigación científicos, aunque aún no está claro debido a la falta de investigación actualizada. Al igual que el etanol, el alcohol isopropílico tiene algún impacto negativo en la salud humana y el medio ambiente.

PRESENCIA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS EN LOS SUEROS EXPERIMENTALES

Dado que aún estamos en una fase muy inicial del conocimiento del contenido real de los sueros y dado que éste, es un informe independiente que tiene como único objetivo informar sin sesgos previos para que cada persona saque sus propias conclusiones; es importante señalar que aquí se muestra y se mostrará absolutamente todo lo que se vaya descubriendo en relación a dicho contenido.

Una vez dicho esto, por si todo lo mencionado y demostrado anteriormente fuera poco acerca de los sueros experimentales, también existe un **informe preliminar elaborado por el Dr. Campra a petición del equipo de La Quinta Columna sobre el contenido de un vial de la "vacuna" Comirnaty (Pfizer)**; al final del mismo, se incluye un anexo en el que se explica y demuestra, la toxicidad de lo encontrado (1), el cual, ha dado la vuelta al mundo y ha sido reconocido y aceptado por una experta médica e investigadora farmacéutica tan respetada como la Dra. Jane Ruby (1) (2) (3) (la presencia de óxido de grafeno, también se ha constatado en la vacuna de AstraZeneca, en la vacuna antigripal Vaxigrip y en la de Moderna); por el conocido científico alemán Andreas Kalcker (8), que va más allá y dice que está en todas las "vacunas"; por otros científicos, e incluso por algún empleado de Pfizer. **Los** resultados **no pueden ser más alarmantes y además, dan una posible explicación científica al fenómeno del magnetismo detectado en la mayoría de los "vacunados" Covid, que ha sido constatado a nivel mundial** (1) (2) (3) (4) (5) (6) y de lo que han hablado doctores, que además, exponen sus propias hipótesis (1) (2) (3) (4) (5) y alguna investigación particular. Para dicho fenómeno, ni los fabricantes, ni la OMS, ni los diferentes gobiernos; ofrecen alguna explicación. En esta publicación, encontramos algo que podría corroborar la presencia de óxido de grafeno en la "vacuna" de Pfizer. Si nos dirigimos a la página 12, apartado 336, 337 y 338 podemos leer la siguiente frase en inglés: "R1.2/1.3 300 mesh grids freshly overlaid with graphene oxide. Sample was blotted using a Vitrobot Mark IV for 4 s with a force of -2 before being plunged into liquid ethane cooled by liquid nitrogen" (R1.2 / 1.3 Rejillas de malla 300 recién superpuestas con óxido de grafeno. La muestra se secó usando un Vitrobot Mark IV durante 4 s con una fuerza de -2 antes de sumergirse en etano líquido enfriado con nitrógeno líquido).

Hay correos electrónicos internos filtrados que muestran cómo Pfizer discutió responder a preguntas sobre el óxido de grafeno. ***En esos correos electrónicos, los representantes de Pfizer admitieron que muy bien podría haber óxido de grafeno en las "vacunas"***. No tenían forma de asegurarse de que no estuviera contaminando sus suministros de ingredientes, y

no hicieron nada para evitar que ingresara en las "vacunas". Simplemente dijeron que no estaba en la lista de ingredientes y que eso les bastaba.

Pero luego Steven Hayes, un "científico de comunicaciones médicas" de Pfizer, dijo que Pfizer debería tratar de ocultar esa verdad. Cita: "Si tenemos la capacidad de omitirlo específicamente, deberíamos".

El 02 de noviembre del 21, salió publicado en el canal de Telegram de La Quinta Columna, el informe técnico ampliado con el análisis de viales de más "vacunas" que ha confirmado lo que se había encontrado en el preliminar del suero de Pfizer: "Un total de 110 objetos escaneados y **se han hallado señales inequívocas de la presencia de óxido de grafeno en 8 objetos, y señales compatibles con la presencia de estructuras grafíticas o de grafeno en otros 20 objetos**.

"Se han detectado objetos cuyas señales RAMAN por similitud con el patrón **inequívocamente corresponden con óxido de grafeno reducido**. Otro grupo de objetos **presentan señales espectrales variables compatibles con derivados de grafeno**, por la presencia mayoritaria de señales RAMAN específicas (banda G) asignado a la estructura aromática de dicho compuesto, en conjunción con su apariencia visible".

La EMA ha emitido un dictamen con respecto a dicho informe.

Hay que decir, que con el uso de microscopía electrónica y otros tipos de microscopía, la investigación original del Dr. Robert Young y su equipo (hablaré más delante de ella), también confirma lo que encontraron los investigadores de La Quinta Columna y el Dr. Campra.

Por otra parte, ***las "vacunas" Covid-19 han sido*** examinadas ***forensemente en el Reino Unido y un informe de laboratorio confirma que contienen nanomateriales de grafeno que pueden penetrar las barreras naturales del cuerpo y dañar el sistema nervioso central, y óxido de grafeno que puede dañar los órganos internos, destruir la salud de la sangre, desencadenar cáncer y causar cambios en la función de los genes entre una serie de otros efectos nocivos***.

Después de su propia experiencia con pacientes que habían sufrido lesiones y reacciones adversas aparentes a las "vacunas", un médico británico se presentó en diciembre de 2021 y se ofreció a ayudar en una investigación para determinar si los resultados descubiertos anteriormente, podrían replicarse en el Reino Unido y también para examinar los viales de inyección antiCovid-19 en busca de toxinas o contenidos inesperados.

El médico incautó un vial de inyección del refrigerador alojado en la consulta en la que trabaja y se lo entregó a un investigador independiente que ayuda en la investigación de casos relacionados con lesiones sufridas como resultado de las inyecciones administradas como parte del despliegue.

Desde entonces, se han obtenido más viales que cubren a los tres principales fabricantes del Reino Unido: Pfizer, Moderna y AstraZeneca.

El contenido de los viales de inyección ha sido examinado forensemente y ahora se ha publicado oficialmente un informe de laboratorio.

El informe titulado: "Evaluación cualitativa de las inclusiones en las "vacunas" Moderna, AstraZeneca y Pfizer Covid-19 ", se presentó a la policía involucrada en el caso penal del Reino Unido, 6029679/21, que se dice que les proporciona sospecha razonable más que suficiente de que se han cometido delitos procesables en relación con la administración de tratamientos experimentales.

El* informe *contiene los* informes *de toxicología de los viales de inyección que han sido examinados forensemente, con hallazgos que brindan "motivos más que suficientes" para que la policía solicite la orden judicial de la Ley de pruebas policiales y criminales de 1984 y confisque los viales de inyección para ellos mismos.

Luego, la policía podrá enviarlos a un laboratorio del Ministerio del Interior con el fin de replicar los hallazgos y les permitirá poseer sus propias pruebas sólidas para respaldar delitos graves procesables.

Además, se ha solicitado a la policía, en cumplimiento del deber de atención al público, que solicite el cese inmediato de la implementación del tratamiento experimental.

Cuatro viales de "vacunas" fueron objeto de la investigación. Se recolectaron dos muestras de Moderna, 1 de AstraZeneca y 1 de Pfizer para examinarlas con el fin de analizar los contenidos e identificar si había componentes no declarados en ellas.

Las* inclusiones *que no son declaradas por los fabricantes fueron el foco de este análisis en particular, principalmente grafeno y nanoestructuras relacionadas con el carbono en forma de compuestos de carbono o grafeno, grafeno en asociación con polietilenglicol, óxido de grafeno, compuestos de óxido de hierro y calcita.

Las inclusiones identificadas fueron:

- Nanocintas de grafeno recubiertas con polietilenglicol
- Forma compuesta de grafeno 1.
- Forma compuesta de grafeno 2.
- Calcita Microcristalina con inclusiones Carbonáceas.
- Graphene Nano Form con y sin fluorescencia
- Nano objetos de grafeno

- Pergaminos nano de grafeno

En conclusión, ***se puede afirmar que las cuatro muestras de "vacunas" (Moderna 1, Moderna 2, AstraZeneca, Pfizer) contienen una cantidad significativa de compuestos de carbono, compuestos de grafeno y óxido de hierro***.

Estos ingredientes ***no fueron declarados por los fabricantes y no figuran en la lista de ingredientes de las "vacunas"***. Sin embargo, los estudios muestran cuán peligrosa es la familia del grafeno, pero las personas no se han dado cuenta de que se les está inyectando la sustancia mortal.

De igual forma, el Dr. Nagase también pudo obtener muestras de las inyecciones antiCovid de Pfizer y Moderna. "***Desafortunadamente sucedió algo que plantea serias dudas sobre sus resultados, ambas muestras tuvieron que viajar durante un extenso período de tiempo en varios vehículos. Entonces, han estado sin refrigerar por hasta dos meses***.

Aquí puede ver la presentación del Dr. Nagase y aquí puede ver su transcripción.

Inicialmente, el grupo de investigación analizó estas muestras de Moderna y Pfizer bajo un microscopio normal. Aunque había muchas imágenes muy interesantes, no pudieron ser concluyentes sobre lo que estaban viendo exactamente. Entonces, usaron un microscopio electrónico para determinar qué elementos contenían las "vacunas".

"Uno esperaría ver carbono, oxígeno, nitrógeno y fósforo, todo lo que normalmente vería en una proteína", dijo. ***El equipo de investigadores encontró carbono y oxígeno, pero ninguna de las muestras contenía nitrógeno o fósforo***. El doctor dijo lo siguiente:

"La espectroscopia de rayos X no detectó nitrógeno ni fósforo. Entonces, si esas formas complejas, ese rectángulo con todos los puntos dispuestos en una cuadrícula, fueran el resultado de algún tipo de proceso biológico... entonces debería haber nitrógeno y fósforo, además de carbono y oxígeno. Porque todo ser vivo, ya sea un virus, una planta o un animal, está formado por proteínas que contienen nitrógeno, carbono, oxígeno y fósforo".

Y la microscopía electrónica reveló lo mismo, ***ni nitrógeno ni fósforo***.

El Dr. Nagase examinó una "***bola con las piernas saliendo de ella***" que se encuentra dentro de una muestra de Moderna. "Esta forma, esta pelota con las piernas saliendo de ella, por alguna razón tiene aluminio. Y puedo decir con certeza que esto no es una espora de moho o algún otro tipo de contaminación biológica, porque lo único que hay es carbono, oxígeno, y no hay señales de nitrógeno, no hay señales de fósforo, lo que indicaría algo biológico de origen. Entonces, ***esta cosa que está creciendo*** no es biológica".

Esto confirma lo que el biólogo y geólogo polaco Dr. Franc Zalewksi descubrió el año pasado sobre lo que llamó un "algo" o una "cosa" y luego fue llamado "nano-pulpo" por La Quinta Columna .

"Parece tener una cabeza y tres piernas. Hice algunas pruebas y aquí están los resultados: aluminio, bromo y carbono", dijo el Dr. Zalewski . Estableció que ***la cabeza de la "cosa" estaba hecha de aluminio***.

Un descubrimiento nuevo que hicieron el Dr. Nagase y los investigadores fue ***un elemento inusual de la serie de los lantánidos, el tulio, en una estructura similar a la fibra que se encuentra en una muestra de Pfizer***.

El Dr. Nagase y los investigadores encontraron ***una variedad de formas y estructuras dentro de las muestras de "vacunas" que probaron: cristales, astillas, hilos, bulbos, esferas, fibras y bolas con patas que crecen fuera de ellos***. "Tenemos polimórficos, que son muchos diferentes formas", dijo.

"***Todos parecen estar hechos predominantemente de carbono y oxígeno y estaban tanto en las muestras de Moderna como en las de Pfizer, y parecen estar en forma de fibra***. ***En la muestra de Moderna, las estructuras de carbono-oxígeno parecen estar tomando formas de nanoesferas y formas cristalinas***. Y ***en la muestra de Pfizer parece que solo se están formando fibras y cristales***.

"Entonces, de nuevo, ¿qué están haciendo todas estas cosas? El carbono-oxígeno ciertamente puede ser una señal de que contiene grafeno, pero ¿cómo hacen que el grafeno tome todas estas formas diferentes? Desde esferas hasta fibras y cristales".

Así mismo, la Dra. Karina Acevedo, también cree que es posible la existencia de grafeno o derivados en los sueros experimentales: "Eso sí, es importante tomar en cuenta que dicho efecto inhibitorio potencial no aplicaría para ningún otro componente que cada vez queda más evidente de estar presente (aunque no esté listado en los ingredientes), como el óxido de grafeno reducido".

De igual forma, un laboratorio chileno comparte, a través del programa de radio Dirección Correcta, fotos exclusivas del ***óxido de grafeno encontrado en viales de "vacunación" de Pfizer, AstraZeneca y Sinovac***.

También la ANMAT reconoce que las "vacunas" contienen grafeno. La doctora Patricia Aprea, directora de Evaluación y Control, lo admitió en una causa judicial que tuvo lugar a raíz de un fallecimiento post inoculación.

Por otro lado, el Dr. Martín Monteverde también nos trae información sobre el análisis de viales de Pfizer y Moderna. Según él, los sueros experimentales, no llevan ARNm y están llenos de grafeno, aunque no aporta ninguna prueba contrastable.

Profundizando un poco más, en un conjunto de diapositivas de muestras de sangre tomadas de personas "vacunadas" y no "vacunadas", el Dr. Philippe van Welbergen demostró que ***el grafeno que se inyecta en las personas se está organizando y creciendo en fibras y estructuras más grandes, adquiriendo propiedades magnéticas o una carga eléctrica y las fibras*** muestran ***indicaciones de estructuras más complejas con estrías***.

También demostró que ***los "fragmentos" de grafeno se*** transmiten ***de personas "vacunadas" a personas sin "vacunas" o no "vacunadas",*** destruyendo ***sus glóbulos rojos y causando coágulos de sangre en los no "vacunados"***.

El óxido de grafeno en una "vacuna" como medio para llevar la nanotecnología a nuestra sangre. La doctora naturópata Ariyana Love dice que ***hay una nueva investigación fuera de España que respalda la idea de que al menos algunos lotes de la "vacuna" contra el coronavirus contienen óxido de grafeno***. Ella le dijo a Stew Peters que ***el óxido de grafeno se incluye como una forma de administrar nanotecnología en la sangre de los "vacunados"***, así como componentes del Ébola y el virus de Marburg. ***Se ha llegado a*** afirmar ***que existe una supuesta red inalámbrica de óxido de grafeno***: "Los pinchazos de armas biológicas contienen nanosensores inalámbricos".

Un detalle importante es que en Estados Unidos la FDA, retiró 75 millones de dosis del suero de Johnson & Johnson por estar contaminadas. También en Japón, se han retirado 2.6 millones de dosis de la "vacuna" Moderna, por la presencia de sustancias extrañas en los viales. Se investiga la muerte de tres personas después de ser inyectados y se suspende la "vacunación" con Moderna. A día de hoy, la farmacéutica ya ha reconocido la contaminación de su suero. Japón también reporta "vacunas" contaminadas de Pfizer. Precisamente Pfizer, ha retirado del mercado varios lotes de Chantix debido a la presencia de N-nitroso-vareniclina, que está asociada con un mayor riesgo de desarrollar cáncer.

En otro orden de cosas, algunos autores informan del hallazgo de otras cosas dentro de los viales de los sueros experimentales:

La Dra. Carrie Madej está conmocionada por lo que había visto después de examinar los viales de "vacunas" de Moderna, J&J y Pfizer:

Una internista que miró varios viales de "vacunas" Covid bajo un microscopio está dando la voz de alarma después de su ***descubrimiento de objetos extraños no identificados en las tomas, incluidos fragmentos metálicos, estructuras "parecidas al grafeno" en cada pinchazo y una criatura con tentáculos que se mueve parecida a un organismo en la inyección de Moderna.***

La Dra. Carrie Madej, quien dijo haber examinado el contenido ampliado de las tomas de Moderna, Pfizer y Johnson & Johnson, encontró cosas en las "vacunas"

que los fabricantes no han especificado, tan graves, que ella que lloró luego de verificar con una segunda tanda de viales lo que había visto en la primera.

Ella explicó que examinó bajo un microscopio el contenido de un vial nuevo de Moderna, que se verificó y no fue modificado antes de ser colocado en una lámina portaobjetos bajo un microscopio compuesto. "No se agregó nada a la solución, no se diluyó nada", dijo.

"**Primero se veía simplemente translúcido. Y luego, a medida que pasaba el tiempo, durante dos horas, aparecieron los colores**. Nunca había visto nada como esto. No sucedió ninguna reacción química. **Era de un azul brillante y púrpura real, amarillo y, a veces, verde**".

Más tarde compartió que cuando preguntó a los ingenieros de nanotecnología de qué podrían provenir los colores brillantes emergentes, los ingenieros dijeron que "**lo único que sabían que podía hacer eso" era una luz blanca, con el tiempo, provocando una reacción en un material superconductor**".

Señaló que un ejemplo de sustancia superconductora sería "**un sistema informático inyectable**".

"**Aparecían cada vez más fibras**. Algunas de las fibras tenían una pequeña **estructura de cubo**, no estoy segura de qué era eso. Y también **había fragmentos metálicos allí**. No eran fragmentos metálicos que estoy acostumbrada a ver. Eran exóticos. Eran muy opacos".

Con el tiempo, dijo Madej, "**todas las partículas, todos estos colores comenzaron a moverse hacia el borde**" de la diapositiva de la cubierta. "**Había un autoensamblaje en marcha, las cosas estaban creciendo**. **Parecían sintéticas**".

Madej notó algo más bastante extraño: "**Había un objeto u organismo** en particular, no estoy segura de cómo llamarlo, **que tenía tentáculos** saliendo de él. **Pudo levantarse del portaobjetos de vidrio. Parecía ser consciente de sí mismo, o ser capaz de crecer o moverse en el espacio**".

Algún tiempo después, el mismo laboratorio obtuvo más viales de un lote diferente de inyecciones de Moderna, así como un vial de J&J. A Madej le preocupaba ver las mismas cosas que había observado en el primer vial.

"**Apareció otra de esas estructuras parecidas a tentáculos**". "La misma cosa". Madej también **vio aparecer los "mismos colores" con el tiempo, así como las fibras**. La Quinta Columna, también ha encontrado el famoso "nano-pulpo" en un vial de una "vacuna". "Parece un insecto", dijo Ricardo Delgado.

En el frasco de J&J, dijo Madej, había "**definitivamente una sustancia que se parecía al grafeno**. **Todos tenían estructuras similares al grafeno allí**. Ya sea que lo fueran o no, no tengo la capacidad para probarlo, pero eso es lo que parecían ser".

El contenido del vial también tenía "**sustancias grasas, una sustancia pegajosa parecida a un pegamento que se consideraría un hidrogel**".

El vial de J&J "también tenía colores". "**Sus colores eran diferentes, como un tipo de color pastel fluorescente**. Una vez más, **también hay muchas estructuras sintéticas**". Madej también notó muchas "**estructuras de anillos esféricos**" en el contenido de J&J.

"Nunca había visto nada como esto antes. **Se supone que no deben estar en estas inyecciones**. ¿Qué le van a hacer a alguien? ¿Qué le van a hacer a un niño? Comencé a llorar cuando los vi por segunda vez bajo un microscopio, porque era la confirmación de todo lo que vi la primera vez", dijo Madej.

"Lo que veo en todos estos fabricantes son **sustancias sintéticas, como el grafeno, también estos tubos de nanocarbono**", dijo Madej.

"En este vial en particular de J&J", Madej vio "**esferas redondas, que no eran burbujas de aire**". Continuó: "Hay muchos de estos anillos y, a medida que pasaba el tiempo, se volvían más y más delgados y se expandían y finalmente sacaban algo de material gelatinoso. No estoy segura de qué era, pero había diferentes tipos de cosas dentro de estos. Así que son casi como una estructura de entrega, eso es lo que estaban haciendo".

En uno de estos anillos, Madej vio lo que "parecía **un organismo traslúcido que iba y venía**". Madej primero "pensó que era otro parásito del agua", pero después de seguir observando sus movimientos, "pensó que tal vez se estaba moviendo de una manera más robótica".

Madej vio "**el mismo tipo de** cosas sintéticas**" en la "vacuna" de Pfizer**, así como "**algo que se parece a la teslaforesis**. Ahí es cuando **estas pequeñas partículas metálicas negras parecidas al grafito comienzan a fusionarse en cuerdas, como una telaraña**. **Lo hacen a través de cualquier fuerza externa: podría ser luz, podría ser una fuerza magnética, podría ser un impulso, como una frecuencia. De todos modos, todas estas pequeñas partículas se fusionarían y formarían su propia red neuronal, o sus propias fibras o cables**".

Madej cree que la entidad con tentáculos que encontró en los viales de Moderna tiene una conexión con el organismo **hydra vulgaris**. "Es uno de los organismos modelo que a los transhumanistas les gusta estudiar y mirar. Sienten que este es un organismo asombroso para la humanidad", dijo Madej, en parte porque "es inmortal en el laboratorio" y "**produce continuamente sus propias células madre**".

"Nunca se detiene. Puedes cortarlo en pedacitos, ponerlo en una placa de Petri y se forma una y otra vez", continuó. "Están pensando, ¿no sería genial si pudiéramos poner esto dentro del genoma de un cuerpo humano, y luego, si tu mano fuera cortada por un trauma, podrías desarrollar una nueva mano".

La hidra (Hydra vulgaris), un pequeño invertebrado de agua dulce, es una realidad. Estos organismos, que parecen palmeras carnosas en miniatura con frondas de tentáculos oscilantes, tienen células madre que existen en un estado de renovación continua y parecen tener la clave de la inmortalidad biológica en su código genómico. Cada 20 días, todo el organismo se renueva.

“Por lo que sabemos, no envejece ni muere”, dice la profesora adjunta Celina Juliano, del Departamento de Biología Molecular y Celular. “Puedes cortar pequeños trozos del animal y volverá a crecer, y quizás lo más sorprendente es que puedes disociar el animal en células individuales, mezclarlas todas, volver a ponerlas en forma de bola y una nueva hidra simplemente crecerá a partir de ella. Las hidras son prácticamente inmortales en un entorno de laboratorio.

La otra razón por la que los transhumanistas están interesados en la hidra, dijo Madej, es que "tiene su propia red neuronal", que parece un nervio humano, y cuando están reunidos "pueden formar una red de malla, en realidad pueden comunicarse entre sí, casi como si tuvieras tu propia intranet dentro de tu cuerpo ". Señaló que entonces “algo externo podría afectarlo, como un impulso, una frecuencia, algo de 5G, una luz, un imán. ¿Y si algo influyera en esa red de comunicación?"

Anons ha identificado **el organismo “con tentáculos” descrito por la doctora Carrie Madej, de la “vacuna” Moderna**, como este parásito endocelular llamado Polypodium hydriforme, un metazoo con “características inusuales” que pertenece al mismo filo Cnidaria que los corales y las medusas y que no se sabe que infecte a los humanos, razón por la cual la doctora Madej nunca se había topado con él, como internista con 20 años de práctica.

Polypodium hydriforme es uno de los pocos animales que viven dentro de las células de otros animales. Pasa la mayor parte de su vida dentro de los ovocitos (huevos, es decir, huevos inmaduros) de esturiones y polyodones, pero no se puede obtener del caviar.

Polypodium hydriforme es un parásito que vive en un huevo, tiene un “ciclo vital inusual, una morfología peculiar y altas tasas de evolución del ADN”. Forma una “célula binucleada” similar al cáncer.

Las especies de cnidaria tienen propiedades muy dinámicas. La medusa inmortal es el único animal conocido capaz de invertir su ciclo vital. Lo hace a través del proceso de desarrollo celular de la transdiferenciación. Un adulto o un joven estresado puede, en lugar de morir, volver a convertirse en pólipo y reiniciar su ciclo vital, lo que lo convierte en un objetivo importante de la investigación farmacéutica, en relación con el envejecimiento.

El 21 de octubre, Karen Kingston señaló en el programa Stew Peters que los Institutos Nacionales de Salud (NIH), que poseen una participación del 50% en la “vacuna” mRNA-1273 de Moderna, ayudaron a desarrollarlas bajo el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID)) dirigido por el Dr. Anthony Fauci, que además "ha patrocinado la investigación sobre la hidra

durante más de dos décadas". De hecho, el NIH tiene una subsección completa de su sitio web dedicada al Proyecto Hydra 2.0 Genome.

Kingston también señaló un estudio que encontró que Hydra tiene "aproximadamente la misma cantidad de genes que los humanos, compartiendo muchos de los mismos", y que también **encontraron en los genes de Hydra "relacionados con la enfermedad de Huntington" y con la formación de placa observada en Enfermedad de Alzheimer. Ella comparó los síntomas asociados con estas enfermedades con los que experimentan algunos que han recibido "vacunas" contra la Covid, como temblores corporales, en aquellos que han "perdido el control de su sistema neurológico**".

Ella cree que las personas están siendo inyectadas a través de las inyecciones de Covid con "hidra transgénica", que ella describe como un organismo con ADN de otro organismo incorporado.

El Dr. Zalewski **examinó tres muestras de "vacunas" y puede haber encontrado algo similar a Hydra Vulgaris**.

Los dos primeros viales de "vacunas" contenían soluciones salinas. En la tercera muestra, procedente de Moderna, Zalewski encontró lo que él llama "La Cosa", hecha de aluminio, bromo y carbono.

Creció/se desarrolló cuatro días después de ser colocada en una cámara de pulverización a alta temperatura en presencia de la cinta de grafito utilizada en la placa del microscopio. Zalewski observó que el organismo tiene una cabeza muy pequeña y tres "patas" de diferentes colores, con patas o pies en el extremo. Cree que los huevos están presentes en la "vacuna" y que el grafeno de la cinta los hizo eclosionar y crecer.

La Dra. Jane Botha informó en el programa de Stew Peters el 4 de octubre que cuando puso una gota de un frasco de inyección de J&J bajo el microscopio y dejó la gota descubierta, vio "**discos negros muy simétricos**" que "**parecen estar unidos**".

Botha no sabía qué pensar de lo que estaba viendo, pero notó que reflejaban la luz cuando se observaban bajo un campo oscuro y que parecían "**autoensamblarse**". Vio los mismos discos cuatro veces diferentes, usando cuatro gotas diferentes del mismo vial. Cuando la muestra se secó, dijo Botha, ya no podía ver las estructuras del disco, pero "**comenzaron a formarse líneas negras**".

Botha estaba especialmente preocupada por lo que encontró porque cuando vio el fluido del pinchazo a través de una técnica de microscopio diferente, **las "estructuras negras" de aspecto más amorfo parecían ser "exactamente la misma estructura" que observó en la sangre de sus pacientes pinchados que estaban experimentando síntomas después de las inyecciones de Covid-19**. ***Estos síntomas incluyeron coágulos de sangre, dificultad para respirar, dolor de nervios, trombosis severa, embolias***

severas y dificultades cognitivas, incluyendo pérdida de memoria y depresión.

La investigadora farmacéutica, la Dra. Jane Ruby, compartió en el programa Stew Peters el 6 de octubre que las personas han realizado "búsquedas inversas" y han "reunido mucha ciencia diferente para demostrar que ***se trata de una tecnología que se llama microburbujas***", que dice es un sistema de administración utilizado para el cuerpo humano.

Ruby dijo que la Dra. Botha "tiene la hipótesis" de que la razón por la que ya no podía ver los discos, sino sólo las líneas negras una vez que se secaba la muestra del pinchazo de J&J, es que "**tal vez estaban programados para abrirse" y "derramar su contenido, su carga útil**".

Esta hipótesis se correspondería con la observación de la Dra. Madej en la muestra de "anillos" de la vacuna J&J de que "a medida que pasaba el tiempo, se volvían más y más delgados y se expandían y luego finalmente extruían algo de material gelatinoso", que ella describió como "casi como una estructura de entrega".

El International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research ha publicado una "descripción general" del "concepto de microburbujas como un sistema de administración de medicamentos", que describe ***las microburbujas como un "tipo esférico pequeño de burbuja", "capaz de penetrar incluso en los capilares sanguíneos más pequeños y liberar fármacos o genes, incorporados en su superficie, bajo la acción del ultrasonido***".

Por otro lado, en una investigación dirigida por Stefan Kochanek de la Universidad Ulm, estudiaron la "vacuna" ChAdOx1 nCov-19 (Astrazeneca) por métodos bioquímicos y proteómicos y encontraron cosas bastante preocupantes, cito textualmente:

"Encontramos que la 'vacuna', además del vector de adenovirus, **contiene cantidades sustanciales de proteínas virales humanas y no estructurales**. Entre las proteínas humanas, las proteínas de choque térmico y las proteínas citoesqueléticas fueron particularmente abundantes. **La fuerte reacción clínica observada a menudo uno o dos días después de la "vacunación" probablemente esté asociada con las impurezas de proteínas detectadas**. **También es concebible un vínculo con eventos adversos posteriores inmunorrelacionados**. La identificación aquí reportada de clases específicas de impurezas proteicas debería guiar y acelerar los esfuerzos para aumentar la pureza de la vacuna y aumentar su seguridad y eficacia".

En otro análisis, también con el suero de AstraZeneca, D. Guillermo Iturriaga, en busca de materiales metálicos y no metálicos, llego a las siguientes conclusiones:

El estudio de la muestra proporciona ***evidencia de una presencia altamente probable de componentes electrónicos y semiconductores a nivel micrométrico / nanométrico***. Este análisis proporciona evidencia concluyente

solo para la marca de viales AstraZeneca para la cual hay 02 viales en nuestra posesión y sus medidas son similares.

El resultado más extraño y perturbador de todo lo que hemos visto es que el vial emite campos eléctricos de hasta 50 v / m cuando se agita el líquido con fuerza, como se ve en las fotos. No tenemos conocimiento de ninguna otra sustancia artificial que tenga tal característica electroquímica y que también pueda inyectarse en seres humanos.

La identificación definitiva de grafeno, óxido de grafeno (GO), óxido de grafeno reducido (rGO), silicio (Si), entre otros en la muestra, requiere una CARACTERIZACIÓN ESTRUCTURAL mediante el análisis de patrones espectrales específicos comparables a los publicados en la literatura, y los obtenidos de la muestra estándar, obtenida por técnicas espectroscópicas Raman.

Los análisis en este informe corresponden a solo 02 muestras, limitado en volumen total disponible para procesamiento. Por lo tanto, es necesario realizar un muestreo significativo de viales similares para sacar conclusiones más significativas de muestras comparables, registrando el origen, la trazabilidad y el control de calidad durante los análisis previos al almacenamiento y transporte.

Las personas que presentan fenómenos magnéticos extraños (post inoculación con SINOVAC) e hipersensibilidad a RF (Radiofrecuencias) son analizadas externamente (y no invasivamente), en las que se utilizan instrumentos para detectar materiales ferrosos y no ferrosos y campos eléctricos. ***También se detectan brillos de pigmento inusuales en erupciones cutáneas en la epidermis con luz ultravioleta en el rango de 365 a 395 nm***.

Melissa Strickler, le dijo a Jim Hale en una entrevista exclusiva que ***el suero de Pfizer incluye químicos tóxicos***, después de haber sido despedida por Pfizer. Los viales de "vacunas" de Pfizer / BioNTech ***brillan en azul fluorescente y contienen una enzima llamada Luciferasa***, dijo un inspector de calidad de la compañía farmacéutica en una entrevista exclusiva la misma semana.

"La "vacuna' brilla, al menos la de Pfizer", dijo Melissa Strickler, quien trabajó para el gigante farmacéutico durante casi 10 años. "Parece que alguien tomó una barra luminosa azul, la abrió y la puso en el vial, pero solo si hay luz y está alrededor de un fondo oscuro".

Strickler, que trabajaba en la gran planta de Pfizer en McPherson, Kansas, dijo que **ha inspeccionado "cientos de miles de unidades" de vacunas en su carrera en la empresa "y nunca había visto nada que hiciera eso, ni siquiera cerca**". Por lo general, **el líquido en los viales es claro como el agua, dijo, pero fotografió los viales cuando notó el tinte azul fluorescente en el líquido** y preguntó sobre el ingrediente a los superiores.

Strickler dijo que escuchó a un médico describir los códigos de los ingredientes de las "vacunas", incluidos **los códigos SM-102 para la luciferasa**, una enzima que brilla en la oscuridad producida en luciérnagas, plantas y peces que se utiliza

en la investigación de bioluminiscencia. Dependiendo de los diferentes productos químicos con los que se mezcle, la luciferasa brillará en diferentes colores. Una luciferasa azul brillante se identificó en un informe de la revista Nature Scientific Reports en 2020, por ejemplo, y solo es visible bajo luces ultravioleta de ciertas longitudes de onda.

"Todavía no hemos visto las etiquetas de la Comirnaty en los viales de esa planta", dijo Strickler, refiriéndose al nombre comercial de la "vacuna" que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó en agosto. "Hasta donde yo sé, todos siguen recibiendo ese producto original de autorización de uso de emergencia".

"Pensé que todo esto eran cosas de conspiración". Sin embargo, describió el engaño de Pfizer como "interminable". "**No creo que hayan sido honestos sobre una sola cosa sobre esta 'vacuna' además de que es experimental**. Y eso es tecnología de ARNm".

Agregó que **la tecnología de ARNm de las "vacunas" podría usarse con la tecnología CRISPR para la edición de genes y ese hecho también se está ocultando al público en los mensajes de Pfizer, los medios de comunicación y el gobierno**.

Un grupo de médicos e investigadores alemanes se unieron al número creciente de científicos que han encontrado impurezas sustanciales en las "vacunas" contra la Covid-19, así como en la sangre de las personas "vacunadas". Esta vez divulgamos un resumen por la RAI Foundation y la conferencia de los expertos alemanes subtitulada en español.

Los patólogos presentaron un análisis completo con vídeos y fotos de la "vacuna" durante una conferencia de prensa impactante, pero poco publicitada, en septiembre. Según la presentación, ***se descubrieron objetos extraños en las "vacunas" junto con la sangre de algunas personas que recibieron las inyecciones***.

"***Algunos de los objetos extraños se describieron como 'construidos con precisión' y también, sorprendentemente, gusanos que nacieron de huevos***", dijo la fundación RAI en un informe.

La conferencia de prensa transmitida en vivo fue organizada por Stiftung Corona-Ausschuss, que puede describirse libremente como el equivalente alemán de los médicos de primera línea en Estados Unidos. Como era de esperar, su notable presentación fue criticada por los medios tradicionales alemanes.

Como parte de la presentación, los investigadores realizaron un análisis de "vacunas" sobrantes de la empresa BioNTech-Pfizer, algunas de las cuales revelaron lo que "***parece ser un objeto construido con precisión***".

Además, los investigadores encontraron "gusanos" que parecen haber sido "incubados" dentro del suero de la "vacuna".

Además, ***se encontraron en las "vacunas" partículas, "agregaciones de partículas" y "estructuras similares a fibras", algunas que contenían "ramas" y una "estructura similar a un anillo"***.

"Los hallazgos se basaron en un 'análisis microscópico' de la muestra de la 'vacuna' contra el coronavirus de Pfizer-BioNTech", informó la Fundación RAIR, y agregó que, según un científico que habló bajo condición de anonimato y que afirmó haber sido publicado más de 100 veces en revistas revisadas por pares como New England Journal of Medicine y The Lancet, el análisis se realizó "con un campo brillante y microscopía de contraste de fase" mientras se "aplicaban rigurosos estándares científicos y de higiene".

Hasta este momento, hemos visto las imágenes de microscopía del contenido de los sueros experimentales de investigadores de todo el mundo, pero investigadores de Nueva Zelanda querían verlo ellos mismos. Ahora hay 4 equipos trabajando en esto en Nueva Zelanda y el Dr. Robin Wakeling acordó hacer públicos sus hallazgos. En el siguiente vídeo, compara la inyección de Pfizer con otras vacunas y analiza los sorprendentes hallazgos con la Dra. Mark Bailey.

Por otro lado, el doctor Robert O. Young en un artículo, habla sobre un estudio en el que se analizan las "vacunas" Covid: "**La microscopía electrónica de barrido y transmisión revela óxido de grafeno en las "vacunas" CoV-19**". Se muestra el análisis de las cuatro vacunas que están autorizadas en España y que han sido analizadas con diversas metodologías confirmando la presencia de óxido de grafeno en todas ellas además de nanopartículas con compuestos inorgánicos metálicos y tóxicos. Se obtuvieron imágenes de las fracciones acuosas de las vacunas para evaluar visualmente la posible presencia de partículas de carbono o grafeno. Las observaciones bajo microscopía óptica revelaron abundancia de objetos laminares 2D transparentes que muestran gran similitud con imágenes de la literatura, y con imágenes obtenidas del estándar rGO (óxido de grafeno reducido) (SIGMA). Se obtuvieron imágenes de grandes láminas transparentes de tamaño y formas variables, mostrando onduladas y planas, irregulares. Las láminas más pequeñas de formas poligonales, también similares a las escamas descritas en la literatura se pueden revelar con microscopía de campo oscuro y contraste de fase.

Las cápsidas de liposomas son cápsulas de lípidos grasos. Se nos dice que su propósito es envolver el ARNm para evitar que el material genético se descomponga antes de que alcance su objetivo: las células de nuestro cuerpo. ***Las cuatro "vacunas" de Covid contienen niveles relativamente altos de óxido de grafeno; las cápsidas de liposomas Pfizer y Moderna son 100% óxido de grafeno (después de extraer el ARNm)***. El óxido de grafeno es citotóxico, genotóxico y magnetotóxico. El liposoma entrega el óxido de grafeno a órganos, glándulas y tejidos específicos, a saber: los ovarios y los testículos; médula ósea; corazón; y cerebro.

También se encontró en la inyección de Pfizer, Trypanosoma cruzi, un parásito del cual varias variantes son letales y es una de las muchas causas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. No se sabe

si se trataba de un ingrediente al azar o si se colocó a propósito y se encontrará en todas las "vacunas" de Pfizer.

En las "vacunas" de AstraZeneca, el Dr. Young y su equipo identificaron histidina, sacarosa, polietilenglicol ("PEG") y alcohol etileno, que también estaban contenidos en las inyecciones de Pfizer, Moderna y Janssen. El PEG fue el único adyuvante declarado en la hoja de datos que enumera los ingredientes de la inyección de AstraZeneca.

Janssen también contiene partículas compuestas de acero inoxidable que se pegan con un «pegamento a base de carbono» de óxido de grafeno reducido. Este agregado es altamente magnético y puede desencadenar la coagulación sanguínea patológica y el "Efecto Covid" o el "Efecto proteína Spike".

La "vacuna" Moderna también contiene muchos cuerpos extraños esféricos con algunas cavidades en forma de burbuja. Esta composición de nanopartículas altamente tóxica son puntos cuánticos de seleniuro de cadmio que son citotóxicos y genotóxicos. Los puntos cuánticos son nanopartículas semiconductoras que brillan de un color particular después de ser iluminadas por la luz.

La cuantificación de ARN en la muestra de Pfizer se realizó con protocolos convencionales. **Según las imágenes microscópicas obtenidas, la mayor parte de esta absorbancia podría deberse a láminas similares al grafeno, abundantes en la suspensión de fluidos de la muestra**. Las conclusiones están respaldadas además por la alta fluorescencia de la muestra con un máximo a 340 nm, de acuerdo con los valores máximos de rGO. Debe recordarse que el ARN no muestra fluorescencia espontánea bajo exposición a los rayos UV.

"Los sueros de Pfizer, Moderna, Astrazeneca y Janssen NO son "vacunas", sino agregados de nanopartículas de óxido de grafeno complejados con diferentes nanoelementos unidos a ácidos nucleicos modificados genéticamente de ARNm de células animales o vero y células fetales humanas abortadas. Una vez más, los ingredientes de estas llamadas "vacunas" son altamente magnetotóxicos, citotóxicos y genotóxicos para las membranas celulares de plantas, insectos, aves, animales y humanos y su genética, lo que ya ha provocado lesiones graves (estimadas en más de 500 millones) y / o eventuales muerte (estimada en más de 35 millones)". En el siguiente vídeo, lo explica todo.

Según el Dr. Young, se estima que 500 millones de personas en todo el mundo ya han resultado heridas y potencialmente 35 millones han muerto debido a las inyecciones de Covid. Es probable que esto aumente en los próximos meses, ya que las personas que han recibido dos inyecciones tienen 13 veces más probabilidades de resultar lesionadas, hospitalizadas o muertas por la llamada "variante Delta" en comparación con aquellas con inmunidad natural.

El código genético de la proteína Spike en las “vacunas” se genera por computadora, es “creado por el hombre” y se puede alterar fácilmente. Y, el óxido de grafeno en los tejidos del cuerpo (cerebro, tejido conectivo, potencialmente en los músculos) interactuará con frecuencias pulsantes dentro del rango 5G, dijo el Dr. Young, esto será lo que causará la próxima “ola” predicha en octubre.

En el extremo contrario a todo lo expuesto anteriormente, está el Dr. Fleming, cardiólogo certificado y el Dr. Kevin McCairn, han analizado el contenido e los viales al microscopio y han estudiado los cambios en la sangre de personas inoculadas.

Lo primero que el Dr. Fleming deja claro es que ***no hay óxido de grafeno ni parásitos en la “vacunas”***, calificando este tipo de afirmaciones como desinformaciones.

Luego nos muestra que ***la sangre, al entrar en contacto con el contenido del vial, pierde su capacidad para transportar oxígeno (algo que sucede en cuestión de minutos). La aglomeración de los glóbulos rojos causa la respuesta trombótica inflamatoria***.

"Pueden ver una ***gran cantidad de contaminacion en la ‘vacuna’ de Pfizer. No hay pequeñas criaturas, no hay grafeno. No hay microchips, no hay formas de vida alienígena***. Estas afirmaciones solo han dificultado averiguar la realidad".

“*Hay muchas nanopartículas lipídicas, cristales y fibras que no aprobarían el control de calidad*”.

Grafeno y derivados

El grafeno ha sido calificado como un "material milagroso", y sus inventores recibieron el premio Nobel de Física cuando lo descubrieron en el año 2004, pero hay numerosos estudios que alertan sobre el potencial peligro del manejo del grafeno para la salud de los seres humanos, animales y medio ambiente. Sin embargo, este novedoso material se puede encontrar ya en el mercado para diferentes fines, los cuales van desde productos para la construcción o la agricultura, pinturas, cosméticos, en bases de soluciones acuosas como simples sueros fisiológicos o líquidos de cigarrillos electrónicos, e incluso, su uso se recoge en varias patentes para vacunas, incluidas inyecciones contra el Covid-19. Todo esto no solo está pasando sin que existan pruebas que avalen su seguridad, sino con la existencia de una gran literatura científica que advierte de sus potenciales peligros y de la falta de estudios actuales para comprenderlos más profundamente.

Es fácil dejarse llevar cuando escuchas hablar sobre el grafeno. Compuesto por capas de carbono de un solo átomo de espesor, el grafeno es increíblemente ligero, increíblemente fuerte, extremadamente flexible, magnético y altamente conductor tanto de calor como de electricidad. Sus propiedades encierran la promesa de una revolución tecnológica absoluta en tantos campos que se le ha

llegado a llamar un "material milagroso", pero a pesar de toda la euforia: al igual que con cualquier nueva tecnología, las desventajas potenciales deben tenerse en cuenta desde el principio.

Es un material compuesto por una capa de carbono del grosor de un átomo. Es increíblemente liviano pero al mismo tiempo increíblemente resistente, flexible y además capaz de conducir a la perfección cargas eléctricas y temperatura. Tan solo hace 17 años que los laboratorios han conseguido aislar el grafeno y desde entonces la industria trata de conseguir transformarlo en un material que pueda dar de sí todo el potencial que parece ofrecer en usos y aplicaciones comerciales, aunque parece que no se han destinado tantos esfuerzos monetarios y de investigación en indagar sobre sus posibles efectos negativos. ***En el año 2014, dos alarmantes estudios explicaron los nefastos efectos negativos del grafeno y de sus derivados en la salud del*** ser humano. En el primero examinaron cómo las nanopartículas de óxido de grafeno podrían interactuar con el medio ambiente si encontraran su camino hacia las fuentes de agua superficiales o subterráneas y llegaron a la conclusión de que un derrame de **este *tipo de nanopartículas puede tener el potencial de causar daño a la materia orgánica, plantas, peces, animales y humanos***. El área afectada podría propagarse rápidamente y podría tomar algún tiempo para volver a ser segura; en el segundo, examinaron la toxicidad potencial del grafeno en las células humanas, descubriendo que los **bordes irregulares de las *nanopartículas de grafeno, súper afilados y súper fuertes, perforan fácilmente a través de las membranas celulares en los pulmones, la piel y las células inmunes humanas, lo que sugiere el enorme potencial del material para poder causar daños graves en seres humanos y otros animales***.

En otro estudio **de 2018**, sugieren "la existencia de un potencial efecto tóxico a la exposición a diferentes formas de grafeno de manera dosis-dependiente, principal pero no exclusivamente en la exposición respiratoria", y añadieron que "se debe seguir realizando estudios más precisos para llegar a un consenso en relación a los niveles máximos de exposición permitidos, y los requisitos a exigir en medidas de protección individual". Hicieron una revisión bibliográfica de las publicaciones relacionadas con el grafeno y derivados de lo últimos 10 años. Dicen los autores, "existen numerosos estudios sobre la exposición a este nuevo material, revelando la gran preocupación existente justificada por la cantidad de recursos destinados a la investigación sobre sus aplicaciones". ***Los resultados muestran potenciales efectos citotóxicos del grafeno, su almacenamiento, las distintas vías de exposición, las distintas formas de grafeno utilizadas en a la industria, así como las diferencias entre estas formas en su efecto nocivo. De los 17 estudios revisados, 11 de ellos revelaron potenciales efectos sobre la salud. Los autores también señalaron que la exposición humana a los nanomateriales puede ocurrir a través de múltiples rutas, como inhalación, ingestión, inyección, implantación y absorción cutánea*****.**

Los nanotubos de carbono y el grafeno son insolubles en agua, por ello se funcionalizan, para mejorar su solubilidad y su unión a ciertos fármacos. Los

nanotubos de carbono de una sola capa se suelen funcionalizar con un grupo carboxilo (SWCNT-COOH). Para funcionalizar láminas de grafeno monocapa se recurre al óxido de grafeno, que se reduce parcialmente para mejorar su conductividad eléctrica dando lugar al llamado óxido de grafeno reducido (RGO).

Experimentos recientes de toxicidad en modelos animales, demuestran que ***los nanotubos de carbono inyectados (CNT) y el óxido de grafeno (GO), migran a través del cuerpo y se acumulan en diferentes sitios de distintos órganos, resultando en daños a células y órganos***. Inflamación y formación de pequeños nódulos en los pulmones e inducción de ateroesclerosis. Se ha informado de lesiones en la arteria del corazón animal. ***Tanto GO como CNTs, pueden desencadenar la producción de radicales de estrés oxidativo en determinadas condiciones y exposición, que conduce a la muerte celular y eventual lesión de órganos***. Estas investigaciones conciernen específicamente al hombre, a su reproducción, que ha demostrado ser sensible a factores exógenos y sufre un deterioro continuo. Las causas de este deterioro de la reproducción masculina son complejas y no se comprenden bien, pero se cree que el estrés oxidativo reactivo es uno de los principales factores. En los espermatozoides, el estrés oxidativo se ha relacionado al daño del ADN y la membrana celular, lo que resulta en una motilidad reducida. ***El*** impacto biológico ***del grafeno y sus derivados como el óxido de grafeno, es grande; entre otras cosas, puede causar inflamación, estrés oxidativo, daño en el ADN, citotoxicidad, apoptosis, necrosis, etc. Además atraviesa las distintas barreras hematoaérea, hematotesticular, hematoencefálica, hematoplacentaria y se acumula en pulmones, hígado y bazo entre otros.***

La familia de compuestos derivada del grafeno (GFNs), penetran a través de las barreras fisiológicas o estructuras celulares por diferentes vías de exposición o rutas de administración, introduciéndose en el cuerpo o células eventualmente y resultando altamente tóxicas. Después de entrar en el cuerpo, llegan a varios lugares a través de la circulación sanguínea o de diferentes barreras biológicas y pueden quedar retenidos en diferentes grados en distintos órganos. Debido a su tamaño nanométrico, pueden alcanzar órganos profundos, atravesando las barreras fisiológicas normales, como pueden ser: la barra sangre-aire, sangre-testículos, sangre-cerebro y sangre-placenta. Según el colectivo Reinfocovid, las NP del grafeno (Go, G, GQD) son tanto más tóxicas cuanto mayor es su tamaño. Los grupos epoxi en GO pueden causar estrés oxidativo (inflamación) que puede conducir a la muerte celular. Sin embargo, se degradan más fácilmente por enzimas como las peroxidasas. El patrón de distribución de NP confirma que las moléculas se fagocitan y, por lo tanto, se neutralizan rápidamente. Esta distribución y su acumulación / degradación dependen del tamaño, la forma y la carga superficial de las partículas, pero también del órgano diana, el flujo sanguíneo y el número de células fagocíticas.

De todas las investigaciones que hasta la actualidad, se han hecho sobre las posibles aplicaciones del grafeno y sus derivados; hay una que llama tremendamente la atención, por los tiempos que corren. En ella se estudia a nivel nanométrico la interacción del óxido de grafeno, con el SARS-CoV-2, concretamente con la proteína spike, con el receptor ACE2 y con el complejo

formado por ambos. Encuentran que el OG, presenta afinidad por las tres estructuras y demuestran que esa interacción interrumpe la infectividad, incluso en la presencia de algunas mutaciones de la proteína.

Por otro lado, se ha descubierto una patente que corrobora la posibilidad de presencia de óxido de grafeno; es una patente de una vacuna Covid, en la que las cargas moleculares y las proteínas recombinantes de RBD de la proteína Spike, las cargan en una plataforma, red, o maya de grafeno. También se han encontrado otras tres en las que grafeno forma parte de una solución salina y en algún caso, hasta inoculable por vía oral o incluso respiratoria; llegando a pretender que puedan utilizarse también como vacuna contra el SARS, MERS y corona. En 2006, ya había una patente doble en la que se desarrolla el funcionamiento de las "vacunas" Covid, lo cuál es bastante sospechoso:

2006-05-09 Solicitud presentada por la Universidad de Stanford

(El Gobierno de Estados Unidos tiene derechos sobre la patente)

2006-12-07 Publicación de US20060275371A1

2012-08-21 Publicación de US8246995B2

2012-08-21 Solicitud concedida

En ella, se describe cómo elaborar una base acuosa con grafeno, y funcionalizarlo con 3 polímeros en una pócima acuosa, en la que cargar las proteínas y moléculas de ARNm, para ser transportado y liberado en las células. La patente no solo describe el funcionamiento de las mal llamadas "vacunas" Covid (los fármacos Covid), sino que además los 3 polímeros necesarios para la pócima descritos en la Patente, son los que están en las "vacunas" que actualmente tenemos. Además, se ha encontrado otra, que claramente genera todavía más sospechas sobre todo lo relacionado con la "pandemia".

Actualmente, hay un estudio todavía en marcha, en el que se está utilizando un hidrogel con grafeno, para facilitar la liberación del ARNm de distintos fármacos, fundamentalmente "vacunas". "Este hidrogel transformable no solo puede encapsular y proteger el ARNm de la degradación, sino también apuntar a los ganglios linfáticos para supuestamente activar las células inmunes", explican los autores. Curiosamente, en la Patente de Moderna, en la sección 219, al final de la página nos dice; "...el ARNm puede ser encapsulado en cualquier tipo de hidrogel conocido que formaría un gel al ser inyectado en el sujeto. Los hidrogeles son una red de cadenas de polímeros que son hidrofílicos...Los hidrogeles también poseen un cierto grado de flexibilidad muy similar al propio tejido natural, debido a su contenido en agua. ...El hidrogel aquí descrito puede ser utilizado para encapsular las nanopartículas de lípidos que son biocompatibles, biodegradables y/o porosas".

En relación a esto, la Universidad Estatal de Georgia anunció que los investigadores habían desarrollado una vacuna contra la influenza hecha de nanopartículas y administrada por la nariz.

En el estudio, los investigadores desarrollaron una vacuna contra la influenza intranasal y también crearon un nanomaterial bidimensional (nanopartículas de óxido de grafeno funcionalizadas con polietilenimina).

"En nuestro estudio, informamos por primera vez que los nanomateriales bidimensionales de óxido de grafeno tenían un potente efecto adyuvante al estimular las respuestas inmunitarias de las vacunas de hemaglutinina (HA) intranasal", dijo el Dr. Chunhong Dong, autor principal del estudio. "Este estudio brinda nuevos conocimientos sobre el desarrollo de sistemas de vacunas intranasales de alto rendimiento con nanopartículas bidimensionales en forma de lámina. Las nanopartículas de óxido de grafeno tienen atributos extraordinarios para la administración de fármacos o el desarrollo de vacunas, como el área de superficie ultragrande para la carga de antígenos de alta densidad, y la vacuna mostró propiedades inmunomejoradoras superiores in vitro e in vivo. La nanoplataforma podría adaptarse fácilmente para construir vacunas mucosas para diferentes patógenos respiratorios", agregó el Dr. Dong.

El estudio, realizado en ratones y cultivos celulares, encontró que las nanopartículas mejoraron significativamente las respuestas inmunitarias en las superficies mucosas y en todo el cuerpo en ratones. Las sólidas respuestas inmunitarias confirieron protección inmunitaria contra los desafíos del virus de la influenza por cepas de virus homólogas (mismas) y cepas de virus heterólogas (diferentes).

SM-102

Entre los componentes reconocidos de las "vacunas" Covid (1) (2) (3) (4) (5), hay algunos, cuando menos, inquietantes, es el caso del SM-102 de la de Moderna.

En sí mismo, es una formulación lipídica sintética que necesita de un solvente orgánico para solubilizarlo. Hay principalmente dos posibilidades: cloroformo o DMSO.

Si nos vamos a la descripción del producto de Cayman Chemical Company, es un amino lípido ionizable extremadamente tóxico que se ha utilizado en combinación con otros lípidos en la formación de nanopartículas lipídicas. La administración de ARN mensajero de luciferasa en nanopartículas lipídicas que contienen SM-102 induce la expresión de luciferasa hepática en ratones.

Según el fabricante, en su presentación ante la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), **este químico (*disuelto en cloroformo*) no es apto para su uso en animales ni en humanos, es solo para investigación**. Causa "toxicidad aguda fatal en contacto con la piel", aseverando también que el

SM-102 "provoca daños al sistema nervioso central, los riñones, el hígado y el sistema respiratorio a través de exposiciones prolongadas o repetidas".

Supuestamente, el cloroformo no se usa en la "vacuna", lo que se supone que se utiliza con el SM-102 es el DMSO (dimetilsulfoxido), empleado como disolvente en varios medicamentos. No obstante, si los prospectos de las vacunas están en blanco y las fichas técnicas no dan ese dato, ¿cómo sabemos si el SM-102 que reconocen estar usando, es el que tiene como disolvente el DMSO o el que utiliza el cloroformo?

DMSO

Es un compuesto orgánico incoloro de azufre y un solvente ampliamente reconocido para sustancias hidrófobas tanto in vivo como in vitro. Es una molécula aprótica polar de naturaleza anfipática, ideal para disolver moléculas polares y apolares poco solubles. El DMSO se utiliza ampliamente como disolvente en toxicología y farmacología, para la criopreservación de células y como potenciador de la penetración durante los tratamientos topológicos. Es generalmente aceptado como no tóxico por debajo del 10% (v/v) y, en la práctica, se asume que los efectos secundarios del compuesto, son insignificantes.

Su principal característica, es la capacidad de disolver una gran variedad de estructuras químicas de sustancias (vitaminas, antibióticos, hormonas, sales, citostáticos, alcaloides). El DMSO es un importante solvente aprotónico bipolar, es menos tóxico que otros de este grupo, como la dimetilformamida o la dimetilacetamida. Debido a su fuerte solubilidad, se usa como solvente en reacciones químicas que involucran sales inorgánicas, en particular en reacciones de sustitución nucleofílica. Las propiedades ácidas del DMSO son débiles, por lo que se ha convertido en un solvente importante en la química de los aniones de carbono. La segunda propiedad por la que es popular el dimetilsulfóxido es el transporte; el suministro de cualquier sustancia activa desde la superficie a las capas más profundas de la piel, está regulado por la función de barrera del estrato córneo (es la capa más externa de la epidermis y comprende, en promedio, unas 20 subcapas de células muertas, aplanadas, en función de la parte del cuerpo que recubre la piel. Estas células muertas se desprenden regularmente en un proceso conocido por descamación).

Existe evidencia de que el DMSO puede aumentar la difusión a través del estrato córneo al alterar la función de barrera. Esto probablemente se deba a interacciones aprotónicas con lípidos intercelulares y también puede incluir un cambio reversible en los principales grupos de lípidos que crean una estructura más permeable. El DMSO también puede desempeñar un papel en la separación, formando un microambiente del disolvente dentro del tejido, que puede extraer eficazmente los solutos del portador. Finalmente, el DMSO puede tener un fuerte efecto solubilizante en agentes menos solubles en varios portadores, aumentando la penetración simplemente al entregar una mayor concentración a la barrera de la membrana. Además cuenta con propiedades antiinflamatorias, analgésicas, antibacterianas y por último, mejora el suministro de sangre local a los tejidos

isquémicos. Tiene aplicaciones en: odontología, oncología, cirugía, virología, dermatovenerología, tratamiento del sistema musculoesquelético o en urología.

Se absorbe rápidamente cuando se administra por vía dérmica u oral. Se excreta principalmente a través de los riñones, pero una pequeña parte se excreta a través de los pulmones y el hígado. Parte del DMSO se transforma en el metabolito volátil dimetil sulfuro, que da un olor característico a ajo u ostra cuando se excreta a través de los pulmones. El DMSO puede inducir la liberación de histamina, lo que puede ser el motivo de reacciones adversas como rubor, disnea, calambres abdominales y reacciones cardiovasculares.

En biología celular, también se usa como inductor de la diferenciación celular, eliminador de radicales libres y radioprotector, pero con mayor frecuencia para la criopreservación. En ocasiones se usa mezclado con etilenglicol, lo que reduce la cantidad y la toxicidad de los crioprotectores individuales. Además, atraviesa fácilmente la mayoría de las membranas de los tejidos de los animales inferiores y del hombre. ***El DMSO también puede* mejorar *la permeabilidad de otros compuestos de bajo peso molecular, haciéndolos pasar por membranas o penetrando más* profundamente *en un tejido con respecto a como lo harían normalmente*.**

La mayoría de los conocimientos sobre los efectos moleculares del DMSO se obtuvieron el siglo pasado, a menudo utilizando altas dosis. Mientras tanto, la ciencia biomédica ha evolucionado hacia técnicas de alto rendimiento más sensibles y hacia nuevas áreas de investigación, incluidas las modificaciones del epigenoma y el silenciamiento de genes mediado por microARN.

Según esta fuente, el DMSO, es el producto con más acciones terapéuticas demostradas, protege de la radiación y sirve como medicamento para reducir el dolor y la inflamación. Entre sus muchas virtudes, el DMSO es útil para aliviar dolores, quemaduras, acné, artritis, enfermedades mentales, apoplejía, amiloidosis, lesiones en la cabeza, esclerodermia, calma el dolor de muelas, de cabeza, hemorroides, tensión muscular, previene la parálisis por lesiones en la médula espinal, mejora los tejidos lesionados, etc. El dimetilsulfóxido es beneficioso para más de 300 dolencias.

Según esta otra, tiene más de 40 indicaciones farmacológicas conocidas:

Beneficios de salud DMSO e indicaciones de terapia:

- Diferentes trastornos genitourinarios fueron tratados con éxito: de Peyronie enfermedad , cistitis intersticial (tratamiento único aún hoy aprobado por la FDA), epididimitis aguda
- Es un relajante muscular
- Estimula el sistema inmunológico, aumentando la producción de glóbulos blancos y macrófagos
- Tiene propiedades antibacterianas, antivirales y antifúngicas

- Aumenta la permeabilidad de la membrana de las células, permitiendo eliminación de toxinas
- Tiene propiedades radioprotectoras contra los efectos letales y mutagénicos de los rayos X
- Tiene propiedades citoprotectoras, protege contra lesiones por congelamiento
- Inhibe que la enzima colinesterasa descomponga la acetilcolina, uno de los neurotransmisores más importantes
- Es el mejor desintoxicante de metales pesados (se une al aluminio, mercurio, cadmio, arsénico, níquel y los elimina al orinar y sudar)
- DMSO aprobado por la FDA para la preservación de células madre, células de médula ósea y órganos para trasplante, así como para la terapia de cistitis intersticial y protección contra la radiación contra el cáncer
- DMSO es un analgésico efectivo que bloquea los nervios que conducen las señales de dolor
- Reduce las inflamaciones y la hinchazón al reducir los químicos inflamatorios.
- Mejora el suministro de sangre al área lesionada al dilatar los vasos sanguíneos y reducir la viscosidad de la sangre
- Aumenta el suministro de oxígeno a las células
- Son los captadores de radicales más potentes conocidos por el hombre, que transportan estas sustancias a través de vías excretoras
- Penetra la piel y la barrera hematoencefálica con facilidad, ingresa al torrente sanguíneo
- Protege las células de daños mecánicos, necesita una fracción de tiempo para lograr esto en comparación con los medicamentos farmacéuticos.
- Tiene un efecto calmante en el Sistema Nervioso Central y llega a todas las áreas del cuerpo cuando se absorbe a través de la piel
- Actúa como portador de otras drogas, suplementos y potencia sus efectos; por ej. Los corticoides, los antibióticos y la insulina muestran menos efectos indeseables y pueden usarse en pequeñas cantidades

Según esta otra, la cosa ya no está tan clara:

Veamos cuales son los usos que suele tener y su efectividad:

Eficaz para

Síndrome de vejiga dolorosa (cistitis intersticial). DMSO es un producto aprobado por la FDA para el tratamiento de esta afección. Lavar la vejiga con DMSO mejora algunos síntomas, como el dolor.

Posiblemente eficaz para

Dolor en las extremidades que generalmente ocurre después de una lesión (síndrome de dolor regional complejo). La investigación sugiere que la aplicación de DMSO 50% crema a la piel mejora el dolor en las personas con esta condición.

Fuga de medicamento intravenoso (IV) de la vena a la piel y el tejido circundantes (extravasación). Algunos medicamentos de quimioterapia pueden causar daño a la piel y los tejidos si se filtran de la vena a la piel o al tejido circundante. La investigación sugiere que la aplicación de DMSO a la piel podría prevenir un mayor daño si esto sucede.

Posiblemente ineficaz para

Endurecimiento de la piel y el tejido conectivo (esclerodermia). La mayoría de las investigaciones sugieren que la aplicación de DMSO a la piel no ayuda a tratar los síntomas en personas con una afección de la piel llamada esclerodermia.

Evidencia insuficiente para

Acumulación anormal de proteínas en el cuerpo (amiloidosis). Algunas investigaciones preliminares sugieren que la aplicación de DMSO en la piel, tomar DMSO por vía oral o lavar la vejiga con DMSO podría ayudar a tratar la amiloidosis.

Llagas en los pies en personas con diabetes. Las primeras investigaciones sugieren que la aplicación de DMSO en el área afectada podría mejorar la curación de las úlceras del pie en personas con diabetes.

Herpes zóster (herpes zóster). La investigación sugiere que la aplicación de DMSO a la piel junto con un medicamento llamado idoxuridina reduce las lesiones y la hinchazón asociadas con el herpes zóster. Pero este efecto es probablemente debido a la idoxuridina.

Aumento de la presión dentro del cráneo (hipertensión intracraneal). Algunas pruebas sugieren que la inyección de DMSO por vía intravenosa (por vía intravenosa) podría ayudar con esta afección.

Osteoartritis. Las primeras investigaciones sugieren que la aplicación de DMSO a la piel podría ayudar a disminuir los síntomas de la osteoartritis.

Úlceras estomacales. Las primeras investigaciones sugieren que tomar DMSO podría ser más efectivo que el medicamento cimetidina para tratar las úlceras en personas con úlceras.

Úlceras de decúbito (úlceras por presión). Las primeras investigaciones sugieren que la aplicación de crema DMSO al 5% en la piel junto con el masaje no ayuda a prevenir las úlceras por presión en las personas que viven en hogares de ancianos.

Artritis reumatoide (AR). Las primeras investigaciones sugieren que la aplicación de DMSO a la piel podría ayudar a disminuir los síntomas de la artritis reumatoide (AR).

Dolor nervioso causado por el herpes zóster (neuralgia postherpética). La investigación sugiere que la aplicación de DMSO a la piel junto con un medicamento llamado idoxuridina reduce el dolor causado por el herpes zóster. Pero este efecto es probablemente debido a la idoxuridina.

Suministro deficiente de sangre a un colgajo de piel después de la cirugía. Las primeras investigaciones sugieren que la aplicación de DMSO a la piel podría ayudar a la piel a sanar después de la cirugía.

Condiciones dolorosas causadas por el uso excesivo de tendones (tendinopatía). Las primeras investigaciones sugieren que la aplicación de DMSO 10% gel a la piel podría mejorar el dolor y el movimiento de las articulaciones en personas con lesiones tendinosas.

Asma.

Problemas oculares.

Cálculos biliares.

Dolores de cabeza.

Problemas musculares.

Problemas de la piel como callosidades.

Otras condiciones.

Veamos las interacciones:

Los medicamentos aplicados a la piel, los ojos o los oídos (medicamentos tópicos) interactúan con el DIMETILSULFÓXIDO (DMSO)

DMSO a veces puede aumentar la cantidad de medicamento que el cuerpo absorbe. La aplicación de DMSO junto con los medicamentos que se ponen en la piel o en los ojos o los oídos puede aumentar la cantidad de medicamentos que su cuerpo absorbe. Esto podría aumentar los efectos y efectos secundarios del medicamento.

El carboplatino (paraplatino) interactúa con el DIMETILSULFÓXIDO (DMSO)

El uso de DMSO para disolver el carboplatino (paraplatino) podría reducir qué tan bien funciona el carboplatino (paraplatino) para tratar el cáncer.

El cisplatino (Platinol-AQ) interactúa con dimetilSULFÓXIDO (DMSO)

El uso de DMSO para disolver el cisplatino (Platinol-AQ) podría reducir qué tan bien funciona el cisplatino (Platinol-AQ) para tratar el cáncer.

El oxaliplatino (Eloxatina) interactúa con el DIMETILSULFÓXIDO (DMSO)

El uso de DMSO para disolver el oxaliplatino (Eloxatin) podría reducir qué tan bien funciona el oxaliplatino (Eloxatin) para tratar el cáncer.

Los medicamentos que retardan la coagulación de la sangre (medicamentos anticoagulantes / antiplaquetarios) interactúan con el DIMETILSULFÓXIDO (DMSO)

El DMSO podría retardar la coagulación de la sangre. Tomar DMSO junto con medicamentos que también retardan la coagulación podría aumentar las posibilidades de moretones y sangrado.

Algunos medicamentos que retardan la coagulación de la sangre incluyen aspirina, cilostazol (Pletal), clopidogrel (Plavix), diclofenaco (Voltaren, Cataflam, otros), ibuprofeno (Advil, Motrin, otros), naproxeno (Anaprox, Naprosyn, otros), dalteparina (Fragmin), enoxaparina (Lovenox), heparina, ticlopidina (Ticlid), warfarina (Coumadin) y otros.

Sulindac (Clinoril) interactúa con DIMETILSULFÓXIDO (DMSO)

El uso de DMSO con sulindaco podría reducir qué tan bien funciona el sulindaco para tratar el dolor. También existe la preocupación de que el uso de DMSO con sulindaco puede aumentar el riesgo de dolor nervioso.

Varios medicamentos utilizados para el glaucoma, la enfermedad de Alzheimer y otras afecciones (medicamentos colinérgicos) interactúan con dimetilSULFÓXIDO (DMSO)

DMSO podría aumentar ciertas sustancias químicas en el cerebro, el corazón y en otras partes del cuerpo. Algunos medicamentos utilizados para el glaucoma, la enfermedad de Alzheimer y otras afecciones también afectan a estos productos químicos. Tomar DMSO con estos medicamentos podría aumentar la probabilidad de efectos secundarios.

Algunos de estos medicamentos utilizados para el glaucoma, la enfermedad de Alzheimer y otras afecciones incluyen pilocarpina (Pilocar y otras), donepezilo (Aricept), tacrina (Cognex) y otros.

Verteporfina (Visudyne) interactúa con DIMETILSULFÓXIDO (DMSO)

El uso de DMSO con verteporfina podría reducir qué tan bien funciona la verteporfina.

Veamos las precauciones y advertencias especiales:

Cuando se toma por vía oral. No hay suficiente información confiable para saber si DMSO es seguro o cuáles podrían ser los efectos secundarios.

Cuando se aplica a la piel. DMSO sin receta es POSIBLEMENTE INSEGURO. Algunos productos DMSO sin receta pueden ser de "grado industrial", que no está destinado al uso humano. Estos productos pueden contener impurezas que

pueden causar problemas de salud. Para empeorar las cosas, el DMSO se absorbe fácilmente a través de la piel, por lo que transporta estas impurezas rápidamente al cuerpo. Algunos efectos secundarios de tomar DMSO incluyen reacciones cutáneas, piel seca, dolor de cabeza, mareos, somnolencia, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, problemas respiratorios y reacciones alérgicas. DMSO también causa un sabor similar al ajo y el aliento y el olor corporal.

Cuando se aplica dentro de la vejiga. DMSO es PROBABLEMENTE SEGURO cuando se aplica en la vejiga como un medicamento recetado. No use productos DMSO que no hayan sido recetados por un profesional de la salud.

Cuando se administra por vía intravenosa. No hay suficiente información confiable para saber si DMSO es seguro. Puede causar efectos secundarios como problemas sanguíneos, debilidad y confusión. Embarazo y lactancia: No hay suficiente información confiable para saber si dmSO es seguro de usar durante el embarazo o la lactancia. Manténgase en el lado seguro y evite el uso.

Diabetes. Hay informes de que el uso tópico de DMSO puede cambiar la forma en que funciona la insulina en el cuerpo. Si usa insulina para tratar la diabetes y también usa DMSO, controle su nivel de azúcar en la sangre de cerca. Es posible que sea necesario ajustar las dosis de insulina.

Ciertos trastornos de la sangre. La inyección de DMSO por vía intravenosa puede hacer que los glóbulos rojos se descompongan. Esto podría ser un problema para las personas con ciertos trastornos sanguíneos. DMSO podría empeorar estas condiciones.

Problemas renales. DMSO podría dañar los riñones. Las pruebas de función renal se recomiendan cada 6 meses si usa DMSO y tiene una afección renal.

Problemas hepáticos. DMSO podría dañar el hígado. Si tiene afecciones hepáticas y usa DMSO, asegúrese de hacerse pruebas de función hepática cada 6 meses.

Como podemos observar, hay bastante disparidad en la información que se ofrece, vamos a profundizar un poco más y veamos lo que encontramos para que cada uno saque sus propias conclusiones:

Aunque la toxicidad sistémica del dimetilsulfóxido se considera baja, ***puede*** potenciar ***el efecto de los fármacos administrados simultáneamente. Las combinaciones de dimetilsulfóxido con otros agentes tóxicos probablemente*** constituyen ***su mayor potencial tóxico***. ***Las propiedades de transporte y penetración del DMSO*** imponen ***un peligro, por ejemplo, a la administración cutánea de DMSO***. El DMSO ***tiene la capacidad de*** mejorar ***la absorción de medicamentos tópicos y otros materiales en la piel*** y, por lo tanto, ***cualquier otro medicamento o compuesto presente en la piel debe*** eliminarse ***antes de la aplicación cutánea de DMSO***.

Debido a que el DMSO es un solvente tan bueno y ***es capaz de*** transportar ***un amplio espectro de impurezas disueltas a través de las paredes celulares,***

podrían producirse ***graves consecuencias si se utilizan en humanos los grados industriales o veterinarios impuros del DMSO***. El Dr. James R. Crook, profesor de medicina en la Universidad de Alaska y especialista en enfermedades humanas, expresa el temor de que los usuarios de DMSO no sepan qué tan rápido el solvente y los materiales disueltos en él pueden penetrar la piel y otras partes del cuerpo. ***Debido a la*** acción rápida***, una sustancia que por sí misma podría tener un efecto limitado o nulo podría causar*** daños graves o la muerte ***si se aplicara accidental o intencionalmente en una solución de DMSO***.

Esto es importante porque en las mal llamadas "vacunas" va acompañado de otras sustancias potencialmente peligrosas y lo que va a hacer, digamos que es favorecer ese peligro.

Los efectos tóxicos del DMSO varían ***según la concentración, la dosis y la vía de administración***. El potencial de toxicidad sistémica es mayor con la administración intravenosa de DMSO.

El daño ***a los vasos sanguíneos debido al DMSO es directamente proporcional a la*** concentración ***de DMSO y el número de inyecciones repetidas***. A la dosis máxima tolerada o superior, hay un aumento transitorio en la frecuencia respiratoria, un aumento en la diuresis y evidencia de hemoglobinuria y bilirrubinuria que son un resultado directo del daño de los eritrocitos y la posterior liberación de hemoglobina. La administración intravenosa rápida de DMSO puede inducir convulsiones.

Las reacciones ***de los tejidos locales a las inyecciones subcutáneas o intramusculares están directamente relacionadas con la*** concentración y la cantidad total ***de DMSO inyectado***. ***Las respuestas informadas a estas inyecciones*** incluyen ***reacciones tisulares inflamatorias, hemorrágicas, gelatinosas y edematosas***. Las inyecciones intradérmicas de DMSO sin diluir provocan una intensa vasoconstricción local seguida de hemorragia y necrosis y, por lo tanto, deben evitarse.

La mayoría de los cambios bioquímicos asociados ***con la administración de DMSO están*** relacionados ***con el daño sufrido por los glóbulos rojos***. ***Este efecto hemolítico directo está*** relacionado ***con la dosis***. La hemólisis da como resultado una anemia reversible con una reducción de la hemoglobina en la sangre circulante, hemoglobinuria, hematuria y bilirrubinuria. Como resultado del daño de los glóbulos rojos, a menudo se observa reticulocitosis y aumento de la actividad eritroide en el bazo y la médula ósea.

En vista de la evidencia ***toxicológica,*** se deben tomar ***ciertas precauciones al usar DMSO, incluidas las dosis, concentraciones y vías de administración adecuadas y seguras de DMSO y la selección adecuada de pacientes. Los pacientes con*** antecedentes ***de trastornos sanguíneos, enfermedad renal, convulsiones, embarazo, trastornos dérmicos, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar o enfermedad ocular deben ser evaluados***

cuidadosamente y debe** asegurarse **de que los efectos beneficiosos del DMSO superen los posibles efectos perjudiciales.

Vamos a profundizar más todavía:

Veamos lo que nos dicen en una públicación:

"El dimetilsulfóxido (DMSO) es una molécula pequeña con propiedades polares, apróticas y anfifílicas. Sirve como solvente para muchas moléculas polares y no polares y continúa siendo uno de los solventes (vehículo) más utilizados en aplicaciones médicas e investigación científica. Para comprender mejor los efectos celulares del DMSO dentro del rango de concentración comúnmente utilizado como vehículo (0,1–1,5 %, v/v) para tratamientos celulares, aplicamos espectroscopia infrarroja transformada de Fourier (FT-IR) de reflectancia total atenuada (ATR) al DMSO células epiteliales de cáncer de colon tratadas y no tratadas. Los algoritmos de modelado/reconocimiento de patrones no supervisados (Análisis de componentes principales-PCA) y supervisados (Análisis discriminante lineal-LDA) aplicados a los datos IR revelaron una segregación total y diferencias destacadas entre las células tratadas con DMSO y las no tratadas en su totalidad. Regiones de lípidos y ácidos nucleicos. Varios de estos datos fueron apoyados por otras técnicas independientes. Otros análisis de datos de IR del perfil macromolecular indicaron alteraciones integrales, especialmente en proteínas y ácidos nucleicos. El análisis de la estructura secundaria de la proteína mostró un predominio de la hoja β sobre la hélice α en las células tratadas con DMSO. También observamos por primera vez una reducción en el nivel de ácido nucleico tras el tratamiento con DMSO acompañado de la formación de Z-DNA. Los estudios de acoplamiento molecular y energía libre de unión indicaron una estabilización de Z-DNA en presencia de DMSO. Esta forma alternativa de ADN puede estar relacionada con las acciones específicas del DMSO sobre la expresión génica, la diferenciación y las alteraciones epigenéticas. Usando herramientas analíticas combinadas con técnicas de biología molecular y celular, nuestros datos indican que incluso en concentraciones muy bajas,

Varios estudios han informado que el DMSO desempeña múltiples funciones en funciones celulares como la inflamación, el metabolismo de los lípidos, la apoptosis, el ciclo celular, la expresión de proteínas, la diferenciación, la unión de moléculas, la actividad enzimática, la eliminación de especies reactivas de oxígeno, la polarización celular, la radioprotección y la autofagia.

Con base en la multitud de efectos de DMSO informados en la literatura, nuestro objetivo fue examinar sistemáticamente los efectos globales, así como los cambios individuales en las macromoléculas en las células epiteliales tratadas con bajas concentraciones de DMSO (0.1–1.5%, v/v). ***Este es el primer estudio que demuestra que el DMSO indujo una serie de cambios biomoleculares importantes en todas las macromoléculas (proteínas, lípidos y ácidos nucleicos), lo que puede influir en los resultados experimentales en los que se utiliza DMSO como disolvente***.

Nuestros resultados experimentales, respaldados por análisis in silico , demuestran sin ambigüedades que ***el tratamiento con DMSO afectó significativamente la conformación del ADN***. Hasta donde sabemos, hemos descrito aquí por primera vez que ***las bajas concentraciones de DMSO pueden cambiar la topología de la hélice del ADN a la forma Z***. Aunque se necesitan más estudios estructurales y biológicos avanzados para comprender el proceso dinámico de este fenómeno, este importante hallazgo enfatiza cómo ***el uso de DMSO como solvente puede influir en los resultados experimentales al interferir con la expresión génica***.

La formación de láminas β intermoleculares parece ser bastante amplia en las células tratadas con DMSO. Esto requiere precaución y conciencia y la necesidad de garantizar la integridad fisicoquímica, así como la actividad biológica de la proteína analizada, ya que ***el DMSO tiene el potencial de causar la desnaturalización, agregación o degradación de la proteína, e incluso cambiar las propiedades de unión de las proteínas.***

Los autores esperan que ***este informe atraiga la atención de los investigadores para que muestren cautela al interpretar los datos y las conclusiones en experimentos en los que se usa DMSO como solvente, ya que incluso las concentraciones bajas de DMSO pueden interferir con procesos celulares importantes***".

En un estudio en el que se analizaron los efectos del dimetilsulfóxido (DMSO) sobre las respuestas inmunitarias humorales a los receptores de acetilcolina (AChR) en ratas con miastenia gravis autoinmune experimental, encontraron que ***el DMSO puede potenciar o suprimir las respuestas inmunitarias humorales***. Se requerirán más estudios para analizar los mecanismos celulares que subyacen a las acciones de DMSO.

En otro estudio en el que analizaban la caracterización de los cambios estructurales y funcionales de la hemoglobina en dimetilsulfóxido por técnicas espectroscópicas, encontraron que ***la función biológica de la Hb (hemoglobina) se interrumpió gravemente incluso si el contenido de DMSO era del 20%.***

En otra publicación sobre un estudio en ratones, encontraron que ***el tratamiento con DMSO resultó en un agrandamiento significativo del hígado***.

En un estudio en realizado que analizaban la exposición de dimetilsulfóxido (DMSO) a células mononucleares de sangre periférica humana (PBMC), encontraron ***altas concentraciones de hasta 10% de DMSO durante 1 hora no afectan la viabilidad celular, la magnitud o el perfil funcional de las respuestas de células T CD4(+) y CD8(+), independientemente de la especificidad del antígeno y la restricción HLA clase I. Por el contrario, >2% durante >2 horas compromete estas respuestas***.

Recientemente, se ha descubierto en un estudio, ***la capacidad del DMSO para inducir cambios en los procesos celulares en las células cardíacas y***

hepáticas, pero más gravemente, induce alteraciones en el miARN y el paisaje epigenético en el modelo cardíaco de maduración 3D. Los cambios en los procesos celulares pueden tener consecuencias para las conclusiones extraídas de los ensayos celulares y, por lo tanto, también en cualquier aplicación de estos hallazgos (por ejemplo, conclusiones falsas negativas de toxicidad de fármacos). Además, los cambios extremos en los miARN y las alteraciones en el panorama epigenético, pueden representar una amenaza, especialmente para la tecnología de reproducción asistida. La hipermetilación de todo el genoma inducida por la desregulación global de los mecanismos de metilación, especialmente cuando afecta a genes importantes en el desarrollo, puede tener consecuencias negativas directamente, más adelante en la vida o posiblemente en generaciones posteriores.

En general, ***se debe evitar el uso de DMSO siempre que sea posible***. Sin embargo, por el momento, el DMSO es indispensable dentro de las aplicaciones biotecnológicas. En estos casos, se deben considerar los efectos que puede tener el DMSO y se debe mantener la concentración lo más baja posible, porque ***incluso a concentraciones bajas, el DMSO no es inerte***.

En otro estudio **de la toxicidad del compuesto**, los autores concluyeron que el DMSO ***al 10% aumenta la toxicidad del hígado y el riñón de ratas***. Los investigadores deben tener cuidado de reducir la cantidad de solvente orgánico (o reducir su concentración en experimentos in vitro) a la mínima dosis posible. **En otro** estudio, ***los autores demuestran que el DMSO, induce apoptosis retiniana in vivo en ratas, incluso con bajas concentraciones. Estos resultados destacan las preocupaciones de seguridad del uso de concentraciones bajas de DMSO como disolvente para la administración in vivo y en ensayos biológicos, llegando a recomendar, que se empleen distintos agentes solubilizantes al DMSO para solubilizar fármacos***. En otro estudio, intentaron disolver un profármaco en DMSO, debido a su alto grado de hidrofobicidad, pero ***encontraron que este disolvente mostraba una alta toxicidad en ensayos in vitro, aumenta la permeabilidad celular en tal grado que induce la apoptosis***. Por este motivo, intentaron buscar un disolvente alternativo al DMSO. En este trabajo se demuestra que el etanol presenta menor toxicidad in vitro. También se ha encontrado alta toxicidad en las diferentes líneas celulares de Fibroblastos, Glioblastoma, Neuroblastoma y HeLa, así como en los animales tratados.

Nanopartículas lipídicas

El SM-102, supuestamente, lo usan para la formación de nanopartículas lipídicas (LNP).

Se clasifican como nanopartículas lipídicas a todas aquellas cuyo componente principal son lípidos. Éstas se caracterizan por ser las que tienen un uso más extendido, debido principalmente a que presentan propiedades óptimas de biocompatibilidad y biodegradabilidad. ***También cuentan con una gran similitud con las membranas biológicas, ya que facilita su entrada en la célula***.

En su aplicación para la terapia génica, las nanopartículas lipídicas están formadas por lípidos catiónicos que aportan la carga positiva necesaria para la formación de complejos con la carga negativa de los ácidos nucleicos. Con este objetivo, se utilizan lípidos catiónicos sintéticos formados por una estructura de cabeza catiónica, cola hidrofóbica y un dominio de unión entre ambos. Las diferencias entre los distintos dominios dan lugar a los diferentes lípidos catiónicos sintéticos que se utilizan para la formación de liposomas como vectores en terapia génica. Podemos decir que consisten en una mezcla de fosfolípidos, colesterol, lípidos PEGilados y lípidos catiónicos o ionizables. Los fosfolípidos y el colesterol tienen funciones estructurales y estabilizadoras, mientras que los lípidos PEGilados apoyan la circulación prolongada. Los lípidos catiónicos/ionizables se incluyen para permitir la formación de complejos de las moléculas de ARNm cargadas negativamente y permitir la salida del ARNm del endosoma al citosol para su traducción.

Los datos respaldan que algunas LNP que contienen lípidos ionizables/catiónicos, son altamente inflamatorios y posiblemente citotóxicos. Un estudio preclínico mostró que el ARNm complejado con LNP tiene actividad adyuvante. Los ensayos clínicos en humanos de las vacunas Pfizer/BioNTech y Moderna han informado de efectos secundarios a menudo relacionados con la inflamación como: dolor, hinchazón, fiebre y somnolencia. Bajo la presunción de que esta plataforma de "vacuna" no es inflamatoria, los efectos secundarios informados se interpretaron como que la "vacuna" es potente y genera una respuesta inmune.

En un estudio centrado en el lugar de la inyección, ***se analizaron las propiedades inflamatorias de los LNP*** utilizados para los estudios preclínicos de vacunas en ratones. Utilizando técnicas complementarias, ***mostraron que la administración intradérmica o intranasal en ratones de LNP utilizados en estudios*** *preclínicos,* ***desencadena una inflamación caracterizada por infiltración leucocítica, activación de diferentes vías inflamatorias y secreción de un grupo diverso de citocinas inflamatorias*** (pequeñas proteínas, secretadas por células, que modulan el sistema inmunitario) ***y quimiocinas*** (de la familia de las citocinas, quimioatrayentes, que juegan un papel vital en la migración celular a través de las vénulas de la sangre hacia los tejidos y viceversa, y en la inducción del movimiento celular en respuesta a un gradiente químico (quimiocina) por un proceso denominado quimiotaxis. También regulan el desarrollo de órganos linfoides, diferenciación de linfocitos T, intervienen en metástasis celular, y recientemente se ha demostrado que tienen una función neuromoduladora).

El ARNm se modifica con nucleósidos y se purifica específicamente para evitar la activación de vías inflamatorias innatas; no obstante, ***el componente lipídico catiónico/ionizable de los LNP suele ser inflamatorio y citotóxico. El componente lipídico ionizable patentado de estos LNP también es inflamatorio. Además, la activación observada de otras vías inflamatorias y la muerte celular, podrían acentuar aún más los efectos secundarios experimentados***. Sin embargo, se necesarios más estudios para determinar la

naturaleza exacta de las respuestas inflamatorias desencadenadas por las vacunas de ARNm-LNP en humanos.

Las personas a menudo presentan efectos secundarios más graves y sistémicos después de la "vacuna" de refuerzo. Esto plantea la ***posibilidad de que la respuesta inmune adaptativa amplifique de alguna manera los efectos secundarios inducidos por la "vacuna"***. Un culpable identificado hasta ahora es el PEG (hablaré sobre él en el siguiente apartado), que es inmunogénico. Se ha informado de que ***los anticuerpos formados contra PEG apoyan una reacción llamada anafilactoide*** (pseudoalergia relacionada con la activación del complemento (CARP)). La investigación ha demostrado que los LNP ingresan fácilmente al cerebro y pueden desencadenar reacciones inmunes, especialmente después de la segunda dosis. Es de destacar que, dado que ***el PEG es un compuesto que se usa con frecuencia en cosméticos y pastas dentales, muchas personas podrían tener anticuerpos anti-PEG, así por ejemplo, más del 70% de la población estadounidense es alérgica al PEG, por lo que estas "vacunas" les pueden*** causar ***reacciones alérgicas y anafilaxia***. El problema con estos compuestos químicos no es tanto su efecto nocivo directo (que ya hemos demostrado que tiene), es el poder de penetración que tienen en la piel. Es decir, ***su grado de peligrosidad depende sobre todo del resto de ingredientes que compongan el producto, ya que al tener un gran poder de penetración, junto con los PEG, también entran otras sustancias tóxicas*** (1) (2).

Mientras que el ARNm transfecta principalmente células cercanas al sitio de inyección, podría, hipotéticamente, llegar a cualquier célula del cuerpo. La proteína traducida resultante podría presentarse en forma de péptidos o mostrarse como una proteína completa en la membrana celular. En ambos casos, las células con el péptido/proteína de la vacuna en sus superficies podrían ser atacadas y destruidas por células del sistema inmunológico adaptativo e innato, células CD8 + T y NK.

Los efectos secundarios de la primera "vacuna", probablemente estén asociados con una fuerte inflamación inducida por los LNP. Por el contrario, después de la segunda vacunación, los efectos secundarios podrían exacerbarse aún más por las respuestas inmunitarias dirigidas a las células que expresan la proteína de la "vacuna" o sus derivados peptídicos. ***En general, el entorno inflamatorio robusto inducido por los LNP, combinado con la presentación de los péptidos/proteínas derivados de la "vacuna" fuera de las células presentadoras de antígenos, podría causar daño tisular y exacerbar los efectos secundarios***.

En las últimas décadas, las nanopartículas cargadas con fármacos se han desarrollado rápidamente en diferentes campos de la industria, la tecnología y la medicina. Los sistemas nanoestructurados se han utilizado con éxito en la industria farmacéutica porque pueden separar eficazmente varios grupos de agentes terapéuticos y cambiar las características y el comportamiento de las sustancias activas en medios biológicos. La investigación que involucra sistemas de nanopartículas aplicados a medicamentos ha jugado un papel importante en la

obtención de métodos diagnósticos y terapéuticos nuevos o mejorados para la promoción de la salud. Las nano formulaciones se pueden administrar a través de rutas sistémicas o se pueden usar como plataforma, agentes de formación de imágenes y con fines de administración de genes. Al mismo tiempo, el advenimiento de los sistemas cargados con nanofármacos ha promovido investigaciones novedosas sobre métodos sintéticos y tecnologías de bioconjugación. Diversos estudios sobre los cambios en la estructura, forma, propiedades químicas de las nanopartículas (NP).

El desarrollo de nanoportadores para dispositivos de administración de fármacos ha avanzado considerablemente. Sin embargo, las preguntas sobre la aplicación biológica de estos sistemas no han sido completamente respondidas. Uno de los principales problemas relacionados con la seguridad y la eficacia de tales plataformas de administración es la compatibilidad sanguínea.

En general, las nanopartículas (NP) entran en la circulación sanguínea como objetos extraños. Por un lado, pueden provocar una serie de reacciones inflamatorias y reacciones inmunes, resultando en la rápida eliminación de las células inmunes y del sistema retículo endotelial, afectando su durabilidad en la circulación sanguínea. Por otro lado, la premisa del sistema portador de fármacos para desempeñar un papel terapéutico depende de si provocan coagulación y activación plaquetaria, ausencia de hemólisis y eliminación de células inmunes. Para diferentes formas de sistemas portadores de nanofármacos, podemos encontrar las características, elementos y estrategias de afrontamiento de las reacciones adversas en sangre que podemos encontrar en investigaciones previas. Estas reacciones adversas pueden incluir destrucción de células sanguíneas, sistema de coagulación anormal, efectos anormales de las proteínas plasmáticas, comportamiento anormal de las células sanguíneas, reacciones inmunes e inflamatorias adversas y estimulación vascular excesiva.

Dado el tamaño de los NP, la compatibilidad sanguínea puede ser menor debido a su mayor relación área de superficie/volumen. Las NP deben activar simultáneamente las plaquetas, la hemólisis, los factores de coagulación o las moléculas de señalización de los leucocitos, y no deben causar daño a las células endoteliales. Estos eventos están relacionados con la aparición de trombosis, reología sanguínea, hemólisis y eventos inflamatorios.

Además, el sistema respiratorio, la piel y el tracto gastrointestinal son formas comunes de que las NP ingresen al cuerpo durante la exposición diaria, mientras que la inyección intravenosa es la forma más común para la mayoría de las NP utilizadas en biomedicina. En todos los casos, los NP llegarán a la sangre e interactuarán con los componentes sanguíneos. Si se produce daño entre las células sanguíneas circulantes, los materiales que pueden liberar compuestos farmacológicos a demanda no son seguros ni eficaces. Los efectos nocivos de los sistemas sanguíneos incompatibles pueden incluir hematomas en el lugar de la inyección, reacciones inmunogénicas y embolia, que pueden provocar infarto y accidente cerebrovascular.

Los científicos han sabido durante casi una década que ***las nanopartículas de lípidos como las que se usan actualmente en las nuevas "vacunas" de ARNm Covid se acumulan en los ovarios y son potencialmente tóxicas para la salud reproductiva***. Tanto las vacunas de ARNm de Moderna como las de Pfizer utilizan lípidos o lipoproteínas de nanopartículas especializadas como portadores de su ingrediente principal: la proteína de ARNm inestable que hace que las células produzcan la proteína de pico del coronavirus y provoque una respuesta inmune. Estas son las moléculas que requieren temperaturas extremadamente bajas para preservar la estabilidad del lípido que encierra el frágil ARNm.

Investigadores alemanes informaron en su artículo publicado hace nueve años, "Acumulación de nanoportadores en el ovario": ***Existe un "riesgo potencial de toxicidad de todos los sistemas de administración de fármacos a nanoescala"*** y una acumulación de diferentes moléculas portadoras microscópicas en ovarios de roedores. ***Su investigación involucró la inyección de "nanoportadores" de lípidos, incluidos algunos con un ingrediente común a las "vacunas" Covid de ARNm de Pfizer y Moderna: polietilenglicol*****.**

En lugar de cargar los portadores con medicamentos o ARNm, los investigadores del Departamento de Tecnología Farmacéutica y Biofarmacéutica de Halle-Wittenberg de la Universidad Martin Luther y la Universidad de Regensburg cargaron los nanoportadores con un tinte fluorescente que pudieron rastrear. ***Informaron de una "alta acumulación local de nanopartículas" en "ubicaciones específicas de los ovarios*****"** en todos los ratones y ratas tratados con cinco sistemas de administración de fármacos nanoportadores diferentes de diferentes tamaños. La intensidad de la fluorescencia fue detectable en los ovarios solo dos horas después de la inyección y aumentó dentro de los ovarios después de 24 horas y permaneció constante en un nivel alto durante varios días. Se detectó una señal de fluorescencia brillante incluso 25 días después de la inyección, informaron.

Los investigadores alemanes advirtieron que esta acumulación en los *ovarios podría alertar sobre un "importante problema de toxicidad en humanos*". Quizás, "bien podría abrir un nuevo campo de terapias ováricas dirigidas", informaron y concluyeron que se necesitaban más estudios para descubrir el impacto desconocido del fenómeno.

Estos hallazgos se confirman con un "estudio de biodistribución" de Pfizer de su sistema portador de nanopartículas lipídicas en animales de laboratorio que mostró que ***las moléculas nanoportadoras de la "vacuna" abandonan el sitio del músculo de inyección, ingresan a la circulación sanguínea y luego se acumulan en órganos y tejidos, incluidos el bazo y la médula ósea, el hígado, las glándulas suprarrenales y especialmente los ovarios*****.**

El estudio de biodistribución examinó solo las proteínas portadoras de nanopartículas y no incluyó el ARNm del ingrediente de la "vacuna", que presumiblemente se administraría dentro del portador en el experimento del

mundo real y desencadenaría la producción de proteína de pico en la célula en la que aterriza. ***Los riesgos de los ingredientes de las "vacunas" Covid para la fertilidad están demasiado bien documentados como para haber sido simplemente ignorados. Existe un grave riesgo para la capacidad para concebir y llevar un bebé a término.***

La doctora Elizabeth Lee Vliet, médico independiente especializada en el impacto de las hormonas reproductivas en la salud general y cofundadora de la Truth for Health Foundation: "De hecho, los estudios han demostrado que es probable que las NP [nanopartículas] tengan efectos tóxicos en muchos órganos, como el cerebro, el hígado y los pulmones, que son los órganos diana más estudiados". "Solo recientemente, se ha prestado atención a la toxicidad reproductiva de los nanomateriales". La doctora, hace referencia a dos artículos importantes, uno de 2015 y otro de 2018:

La acumulación de nanopartículas daña los órganos (testículo, epidídimo, ovario y útero) al destruir células específicas, lo que provoca una disfunción de los órganos reproductivos que afecta negativamente a los espermatozoides y los óvulos y puede interrumpir el ciclo ovárico. Además, los NP pueden alterar los niveles de hormonas secretadas, provocando cambios en el comportamiento sexual, según los investigadores.

"No es solo el comportamiento sexual", dijo Vliet, quien ha practicado la medicina climatérica enfocándose en la salud reproductiva y el impacto de las hormonas en la salud general durante 35 años. "Es la salud y la función óptima de todos los órganos de nuestro cuerpo".

En el estudio de 2015 al que se hace referencia, los investigadores inyectaron un polímero de PEG en cachorros de rata y concluyeron que "la exposición neonatal a PEG-b-PLA podría afectar el desarrollo y la función del eje hipotalámico-pituitario-ovárico (HPO) y, por lo tanto, alterar las funciones del aparato reproductor sistema en ratas hembras adultas". En otras palabras, ***los recién nacidos expuestos a estas nanopartículas no desarrollaron sistemas reproductivos normales.***

En el de 2018, investigadores de los fabricantes de "vacunas" Covid Moderna y AstraZeneca UK y otras tres compañías farmacéuticas, analizaron la seguridad del ARNm modificado formulado en nanopartículas lipídicas (LNP) después de infusiones intravenosas repetidas a ratas y monos. ***Describieron "hallazgos primarios relacionados con la seguridad" que fueron "principalmente impulsados por LNP". Estos incluyeron un aumento de la hematopoyesis (producción de componentes sanguíneos) en el hígado, el bazo y la médula ósea (ratas) y "hemorragia mínima en el corazón (monos)". Otros hallazgos relacionados con la seguridad en la rata incluyeron "cambios en los parámetros de coagulación en todas las dosis, así como daño hepático", y en el mono, se observaron "necrosis esplénica" y "disminución de linfocitos"***.

No hay evidencia de que los fabricantes de "vacunas" hayan analizado los efectos de la LPN (o ARNm) en los órganos reproductivos o la función reproductiva. Los investigadores concluyeron: "El trabajo futuro se orientará a evaluar las diferentes vías de administración, los efectos de la dosificación crónica y el riesgo para los animales jóvenes, ya que los jóvenes pueden ser particularmente importantes en el contexto de una enfermedad rara"

Dos años no es mucho tiempo para responder a todas las preguntas planteadas en el estudio sobre los efectos potenciales a largo plazo del ARNm modificado o LPN en animales jóvenes, y mucho menos en humanos. Sin embargo, los CDC actualmente promueven la "vacuna" experimental de Pfizer para todos los niños adolescentes mayores de 12, menores de entre 5 y 11 años y para las madres embarazadas y lactantes.

Las "vacunas" actuales de ARNm son como pelotas que rebotan en su cuerpo, donde las nanopartículas del SARS-CoV-2 se mueven y se multiplican y reproducen miles de millones de copias de sí mismas.

La cantidad de nanopartículas (NP) inyectadas ***en una dosis de estas "vacunas" antiCovid es absolutamente asombrosa: hasta 50 mil millones de vectores virales para AstraZeneca, 40 mil millones de LNP (nanopartículas lipídicas) para Moderna y probablemente 10 para Pfizer***. No está muy claro cuántos ARN mensajeros intactos hay en cada LNP, pero incluso si aceptamos solo 1, y que cada uno produce 1000 proteínas de pico, estamos hablando de que ***su cuerpo tiene que lidiar con un mínimo de 30 billones de proteínas de pico patógenas en unos meses.***

¿Y qué pasa entonces?

"Lo que la comunidad médica y de salud pública no se ha dado cuenta es que ***todas las células sanas que serán "infectadas" por estas nanopartículas, eventualmente serán*** destruidas ***por el sistema inmunológico***. ***Cuando acepta la 'vacuna' de Pfizer 3 veces, significa que acepta*** sacrificar ***hasta 45 mil millones de tus células sanas y con la AstraZeneca ¡150 mil millones!***" según Marc Girardot, un colaborador clave del esfuerzo de liderazgo de pensamiento de PANDA, que es un grupo de expertos internacional que aporta una perspectiva basada en la ciencia sobre la Covid-19.

Si bien muchos de estas LNP transfectarán la misma célula, o simplemente se destruirán antes de transfectar, por una razón u otra, estos números siguen siendo realmente gigantescos. Y no sorprende que los brazos de algunas personas sientan dolor, o que otras mueran casi instantáneamente, después de la "vacunación", ya que ***las células T atacan a estas células productoras de picos para comenzar a librar al cuerpo del mimetismo de la infección***.

Éstas son supuestamente "vacunas" intramusculares que estaban destinadas a permanecer en el músculo. Sencillo, sin caos, sin consecuencias imprevistas: teóricamente, LNP se fusiona con la célula muscular, se inserta ARNm, la

maquinaria intracelular de la célula muscular comienza a producir proteínas de punta, el sistema inmunitario identifica a las células como " comprometidas ", las células T atacan infectadas La célula y las proteínas de punta se derraman en los tejidos y el torrente sanguíneo para desencadenar la selección y producción de anticuerpos, los anticuerpos neutralizan y eliminan la proteína de punta. Si las pelotas que rebotan permanecen en el mismo lugar, entonces no hay efecto dominó, no sucede nada aparte de que las células musculares se destruyen y finalmente se reemplazan y fin de la historia.

Aquí está el truco:

Hay 2* rutas *diferentes por las que el LNP puede escapar del músculo, el torrente sanguíneo y el sistema linfático. Ambas redes se comportan de manera muy diferente, y es probable que ***las posibles consecuencias de una fuga sean muy diferentes***.

El sistema circulatorio es una red de circuito cerrado que hace circular la sangre por todo el cuerpo para llevar nutrientes, oxígeno y elementos inmunitarios a los órganos, para filtrar patógenos, material circulante peligroso o no deseado, y para recargar oxígeno y descargar dióxido de carbono. Entonces la sangre fluye de manera concentrada al corazón, a los pulmones, al hígado y al bazo, sin mencionar el cerebro y el sistema reproductivo.

El sistema linfático es una red abierta, es el sistema de drenaje de los tejidos, así como la red del sistema inmunitario que une los ganglios linfáticos, el timo, el bazo y la médula ósea.

Sabemos con certeza que:

- Las nanopartículas entregan ARNm dentro de las células donde sea que estén ubicadas
- Las células transfectadas producen proteínas de espiga patógenas, que son liberadas y esparcidas
- Se estimula una reacción inmunitaria, con anticuerpos específicos y células T, tanto contra la proteína espiga como contra las células transfectadas
- Millones, si no miles de millones, de células transfectadas eventualmente serán destruidas

Esto no debería sorprender a nadie, es el propósito mismo de estos productos intramusculares que son, al menos a corto plazo, relativamente inocuos si permanecen en el músculo. Pero ***está claro que en muchas ocasiones las LNP se están* escapando *del músculo con consecuencias muy graves***. Si los LNP se liberan del músculo, es probable que alcancen y penetren las células en tres áreas principales:

Paredes endoteliales en microvasos: ***donde son más estrechas, la probabilidad de transfección es*** 440 veces mayor. En otras palabras, las

pelotas que rebotan golpean las paredes con más frecuencia cuando la calle se vuelve más estrecha...

Células de órganos vitales: así como los vasos sanguíneos entregan nutrientes a los órganos, es probable que entreguen ***LNP al corazón, hígado, pulmones... e incluso ocasionalmente a través de la barrera hematoencefálica hacia el cerebro***.

Ganglios linfáticos: los órganos más probables en el sistema linfático, cerca del lugar de la inyección, son los ganglios linfáticos locales, que naturalmente ***se convertirán en*** receptáculos ***de LNP***.

Eso causaría una gran interrupción ***a medida que grandes parches de células interconectadas se transfectan, comienzan a*** producir ***proteína de pico, liberan grandes cantidades de pico a su alrededor y son atacadas por células T***:

En los vasos sanguíneos, inevitablemente causará ***una gran inflamación, sangrado, coágulos en las áreas más densas, necrosis aguas abajo, calcificación arterial y trombosis: numerosos accidentes cerebrovasculares y trombosis en las bases de datos de efectos adversos han*** demostrado ***que esto es cierto***.

En órganos como el corazón, los pulmones, el hígado y los ovarios, probablemente creará ***un alto grado de*** inflamación***, muerte celular (apoptosis) y calcificación (pericardio, por ejemplo, que causa un ataque al corazón): el alto número de mio/pericarditis destaca esto como un posibilidad real***.

En los ganglios linfáticos, podría interferir ***con la propia función de los ganglios linfáticos (células B) cuando las nanopartículas penetran en los nódulos linfáticos, o interferir con el sistema inmunitario al*** transfectar ***las células inmunitarias contenidas en los ganglios linfáticos, con los riesgos de una deficiencia inmunitaria parcial: La reaparición de virus latentes como el herpes zóster parecen apuntar en esa dirección***.

Parece razonable suponer que hay 2 formas en que estos LNP pueden terminar en el lugar equivocado:

- Accidentalmente por inyección directa en un vaso sanguíneo o en el sistema linfático.

- De forma natural transitando progresivamente por el tejido muscular y filtrándose al torrente sanguíneo, o al sistema linfático.

El peor de los casos es, sin duda, una inyección intravenosa directa porque ***una dosis concentrada conduce naturalmente a una transfección concentrada en un área grande que se suponía que nunca alcanzaría. Eso*** conduciría ***a una reacción extremadamente brutal, una tormenta de citocinas de***

proporciones épicas, una trombosis importante y, muy probablemente, una muerte rápida dada la cantidad de LNP inyectadas.

La saturación ***de los ganglios linfáticos con nanopartículas lipídicas puede conducir potencialmente a una*** transfección ***masiva de las células inmunitarias contenidas en este receptáculo, y también puede conducir a la transfección de las células de los ganglios linfáticos, lo que inhibe en parte la funcionalidad de estos órganos productores de células B y altera las células inmunitarias presentes***.

A medida que las NP se inyectan en el músculo, es natural que parte de ella eventualmente migre al torrente sanguíneo como otros elementos en el tejido que se evacuan a través de la sangre. Múltiples factores pueden desempeñar un papel: ***puede variar según la permeabilidad de los vasos sanguíneos (los ancianos estarían en mayor riesgo) o los factores de superficie/volumen (los hombres jóvenes/atletas podrían estar en mayor riesgo)***.

Las vacunas tradicionales nunca transfectaron células en tales cantidades, por lo que nunca se consideró o identificó una fuga como un problema a investigar... sin embargo, ***es un detalle clave que se pasó por alto en el diseño de estas "vacunas***".

Dependiendo de la dosis total fugada ***y su distribución, concentrada o distribuida, dependiendo también de la calidad del producto y la repetición de las dosis (1,2, 3, hasta 4 dosis), los escenarios pueden variar drásticamente***:

En primer lugar, el sistema circulatorio, los vasos sanguíneos, está en la primera línea de estas fugas difusas de la "vacuna" en la sangre. Las paredes endoteliales son la superficie principal que los LNP pueden transfectar: 1000 millones de LNP equivalen a 1 metro cuadrado de paredes endoteliales transfectables en todo el cuerpo. ***El daño sería totalmente*** invisible***, difuso, pero puede durar meses ya que la regeneración de las células de los vasos es un proceso largo***.

Debido a que toda la sangre fluye ***a través de ellos de manera concentrada, algunos órganos eventualmente*** acumularían ***más golpes que otros, sobre todo el corazón y el hígado***. Y, de hecho, estamos siendo testigos de muchos efectos adversos cardíacos y hepáticos.

Otros órganos más distribuidos pero altamente vascularizados como los pulmones, el cerebro, los riñones, la médula ósea, los ovarios también pueden verse afectados, pero de una manera un poco más distribuida y difusa.

Algunos órganos, como el corazón, no se regeneran ***(la miocarditis no es leve, una vez destruidos los miocitos no se pueden regenerar) o tardan más como las células endoteliales***. Entonces ***puede tener un efecto de condensador por el cual cada inyección debilita el órgano, o empeora la situación, aumenta las inflamaciones, hasta el punto de*** romperse***:***

causando un coágulo de sangre, un derrame cerebral o un ataque al corazón.

Como sabemos, ***el riesgo de miocarditis*** aumenta ***después de la segunda inyección***. Una hipótesis es que ***las LNP migran progresivamente al torrente sanguíneo, lo que*** significa ***que no se transfectarían en materia concentrada, sino que se difundirían por todo el cuerpo***. Esto es consistente con los dímeros D elevados que se encuentran en muchos pacientes después de la "vacunación".

PEG

La administración de algunos medicamentos pegilados da como resultado ***la generación de anticuerpos que se*** unen ***específicamente al PEG y*** reducen ***la eficacia del tratamiento o provocan reacciones adversas a los medicamentos***. La creciente comprensión de que los anticuerpos anti-PEG pueden tener un impacto clínico se refleja en el llamado de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos para la medición de las respuestas de anticuerpos anti-PEG en nuevos medicamentos que incorporan moléculas de PEG.

Muchas personas normales también tienen ***anticuerpos*** preexistentes ***contra PEG en su circulación, probablemente debido al uso*** generalizado ***de PEG en muchos productos cosméticos y para el cuidado de la salud***. Los primeros estudios que utilizaron la hemaglutinación de glóbulos rojos modificados con PEG encontraron que entre el 0.2% y el 25% de los donantes normales tenían anticuerpos específicos contra el PEG en su plasma. Estudios posteriores verificaron la presencia de anticuerpos anti-PEG preexistentes.

Un estudio de asociación de todo el genoma encontró que ***la presencia de anticuerpos IgM anti-PEG preexistentes está asociada con un segmento variable específico del gen de la cadena pesada de inmunoglobulina, lo que*** sugiere ***que algunas personas pueden tener anticuerpos naturales que se unen a PEG o son más*** sensibles ***a exposición casual a PEG***. ***La exposición casual a compuestos de PEG presentes en productos farmacéuticos, cosméticos y para el cuidado de la salud puede*** inducir ***anticuerpos anti-PEG***, que puede ser promovido por respuestas inflamatorias en sitios de abrasión dérmica e inflamación.

A diferencia ***de las proteínas humanas, los productos terapéuticos pegilados*** derivados ***de fuentes no humanas pueden*** generar ***respuestas de anticuerpos sólidas a PEG porque las células T FH están*** presentes ***y pueden*** activarse ***mediante péptidos derivados de la proteína terapéutica***. Los ejemplos destacados incluyen pegaspargasa, pegloticasa y pegvaliasa.

Las reacciones de hipersensibilidad***, incluida la anafilaxia, después de la infusión de medicamentos pegilados están*** bien documentadas ***tanto en estudios clínicos como en animales***. ***La*** anafilaxia ***es una reacción de hipersensibilidad*** grave y potencialmente mortal ***que se produce entre***

minutos y horas después de la exposición a un alérgeno. Los síntomas incluyen enrojecimiento, dificultad para respirar, hinchazón facial, dolores de cabeza, dolor de espalda, opresión en el pecho o la garganta, hipotermia e hipotensión e incluso la muerte. ***Los liposomas pegilados que* encapsulan *los oligonucleótidos* inducen *anticuerpos IgM anti-PEG en ratones y* provocan *un shock anafiláctico tras una segunda inyección de liposomas***. ***Del mismo modo, los* liposomas *pegilados que encapsulan el ADN plasmídico* generan *fuertes respuestas de anticuerpos IgM e IgG anti-PEG en ratones, lo que* provoca *reacciones de hipersensibilidad que* incluyen *letargo, hinchazón facial, vasodilatación, dificultad para respirar y mortalidad***. Alrededor del 5% al 10% de los pacientes tratados con PLD doxorrubicina liposomal pegilada (PLD) experimentan reacciones de hipersensibilidad agudas relacionadas con la infusión que son potencialmente letales.

Las reacciones de hipersensibilidad ocurren en 8.7 a 23.5% de los niños tratados con pegaspargasa, probablemente debido a la inducción de anticuerpos anti-PEG. Un total de 13.5% de 598 pacientes que recibieron pegaspargasa desarrollaron al menos una reacción de grado 2-4, y el 81.5% de estos pacientes tuvieron al menos una muestra positiva para anticuerpos contra pegaspargasa con 96% de anticuerpos específicos para PEG. ***Los anticuerpos anti-PEG también pueden* reaccionar *de forma* cruzada *con formas pegiladas de asparaginasa derivadas de diferentes fuentes***. Tres pacientes que desarrollaron anticuerpos IgG anti-PEG y eran alérgicos a la pegaspargasa experimentaron reacciones de hipersensibilidad cuando se trataron con pegcrisantaspasa, que es una forma pegilada de asparaginasa derivada de Erwinia. Ninguno de los pacientes tenía anticuerpos detectables contra la asparaginasa de Erwinia, y dos pacientes recibieron asparaginasa nativa de Erwinia sin mostrar ninguna evidencia de hipersensibilidad clínica.

Como hemos visto, las* nanopartículas de lípidos *son un* componente *de las inyecciones de ARNm contra Covid-19 de Pfizer/BioNTech y Moderna, y desempeñan un papel clave en el transporte del ARNm a las células. ***Son* liposomas *que* utilizan *nanotecnología y se* adaptan *a la administración de terapias***.

Las nanopartículas de lípidos* tienen *un efecto secundario no deseado; tienen el potencial de* inducir *reacciónes alérgicas. Los CDC han dado cifras estimativas pero no hay manera de saber con certeza que cantidad de personas son afectadas porque no se hacen los estudios correspondientes.

Las* composiciones *de las nanopartículas lipídicas son muy* similares *para las dos inyecciones (Pfizer/BioNTech y Moderna): un lípido catiónico ionizable, un lípido PEGilado, colesterol y el fosfolípido diestearoilfosfatidilcolina (DSPC) como lípido auxiliar. ***Los científicos* creen *que estas reacciones están* relacionadas *con el componente PEG-lípido de la inyección, ya que el riesgo de sensibilización parece ser* mayor *con las formulaciones que contienen PEG de mayor peso molecular. Las inyecciones de ARNm* contienen *MW PEG2000***.

El problema con el polietilenglicol (PEG) es el uso generalizado ***de las inyecciones de ARN del SARS-CoV-2***. ***Quedan*** preguntas ***importantes por*** responder***, como cuántas personas que reciben las inyecciones BNT162b o mRNA-1273*** desarrollan ***anticuerpos contra PEG, cuánto tiempo*** permanecen ***en circulación los anticuerpos anti-PEG inducidos y si se*** generan ***respuestas de células B de memoria***. Es fundamental que los médicos sean conscientes de que la seguridad y la eficacia de los medicamentos pegilados pueden cambiar, especialmente con las inyecciones de ARN del SARS-CoV-2. Como mínimo, se pueden justificar más pruebas de anticuerpos anti-PEG antes de la administración de medicamentos pegilados.

Se necesita una comprensión ***clara de cuándo y cómo los anticuerpos anti-PEG afectan la eficacia y la seguridad de los medicamentos para una evaluación realista de estos polímeros utilizados en la administración de medicamentos***. La depuración sanguínea acelerada, que principalmente disminuye la eficacia terapéutica, es un problema potencial para los fármacos pegilados administrados en dosis bajas porque existe una mayor probabilidad de que la concentración molar de anticuerpos anti-PEG exceda la concentración del fármaco y se puedan formar complejos inmunitarios.

La depuración sanguínea acelerada Accelerated blood clearance (ABC) de los compuestos pegilados se ha documentado ampliamente tanto en modelos animales como en pacientes. Los anticuerpos anti-PEG se encontraron en 1999 para inducir ABC de proteínas pegiladas en ratones y en humanos en 2007 como una asociación entre la inducción de anticuerpos anti-PEG con pérdida de actividad de asparaginasa en pacientes tratados con pegaspargasa. La eliminación rápida del fármaco y la pérdida de la eficacia del fármaco también ocurren en pacientes que desarrollan anticuerpos anti-PEG IgM e IgG después de recibir PEG-uricasa y en pacientes con fenilcetonuria que reciben múltiples inyecciones subcutáneas de pegvaliasa. ABC de liposomas pegilados se informó en 2000, con muchos estudios posteriores en modelos animales que confirman que la administración de liposomas pegilados vacíos puede inducir anticuerpos anti-PEG que causan ABC de liposomas pegilados administrados posteriormente. Otras nanopartículas, incluidas las nanopartículas de PLA modificadas con PEG, las microburbujas pegiladas y los lipoplexos recubiertos con PEG, también inducen respuestas de anticuerpos anti-PEG y ABC en modelos animales. Los modelos de ratones que imitan la presencia de anticuerpos anti-PEG preexistentes en concentraciones de anticuerpos fisiológicos relevantes muestran que los anticuerpos IgM e IgG anti-PEG producen un fuerte ABC de doxorrubicina liposomal pegilada, lo que resulta en una localización tumoral reducida y pérdida de actividad antitumoral.

La eliminación ***de los compuestos pegilados se*** debe ***a la formación de complejos inmunitarios entre los anticuerpos anti-PEG y el compuesto pegilado, lo que*** provoca ***la*** activación ***del complemento, el*** depósito ***de los productos de la reacción del complemento en el complejo inmunitario y la*** fagocitosis ***en los macrófagos residentes (células de Kupffer) en el hígado***. ***Los anticuerpos anti-PEG también pueden*** dificultar ***la distribución de nanopartículas pegiladas a los tejidos diana***. Por ejemplo, los glucanos

unidos a N presentes en los anticuerpos anti-PEG unidos a nanopartículas pegiladas interactúan con la mucina en la capa mucosa y evitan el paso a las superficies epiteliales.

Por otro lado, ***ocurren reacciones de*** hipersensibilidad ***cuando las concentraciones de anticuerpos anti-PEG y de fármaco son*** relativamente altas ***porque se*** activan ***suficientes células inmunitarias innatas o del complemento para causar problemas de seguridad***. Los medicamentos que pueden activar directamente el sistema inmunitario mueven la ventana para reducir las concentraciones de anticuerpos anti-PEG. Aunque ahora está claro que los anticuerpos anti-PEG pueden inducir reacciones de hipersensibilidad, los mecanismos en humanos siguen sin estar claros. Es importante definir las vías responsables de la inducción de hipersensibilidad a los medicamentos pegilados para desarrollar intervenciones médicas racionales y aumentar la seguridad del paciente. ***El papel de los anticuerpos IgE contra PEG en las reacciones alérgicas*** justifica ***una mayor*** investigación.

Las citocinas pegiladas como los interferones, que se administran ***en dosis de microgramos, pueden*** sufrir ***ABC causada por anticuerpos anti-PEG***.

Se debe prestar especial atención ***a los compuestos pegilados que pueden*** activar ***directamente las células inmunitarias innatas, como los*** aptámeros ***que se unen a los TLR, porque pueden*** inducir ***reacciones de hipersensibilidad*** graves ***en algunos pacientes con anticuerpos preexistentes contra PEG***.

Se recomienda encarecidamente evaluar ***los niveles de anticuerpos anti-PEG en voluntarios o pacientes*** antes ***de iniciar los ensayos clínicos de medicamentos pegilados para*** garantizar ***la seguridad del paciente y*** minimizar ***la posibilidad de fracaso del estudio***.

La encapsulación ***de moléculas de ADN o ARN no modificadas, puede*** generar ***fuertes respuestas de anticuerpos contra PEG***: las nanopartículas que encapsulan ADN o ARN pueden generar fuertes respuestas de anticuerpos anti-PEG. Los lipoplejos recubiertos con PEG que contenían ADN plasmídico con motivos CpG indujeron una fuerte producción de citoquinas y respuestas anti-PEG IgM en ratones.

Las respuestas de anticuerpos anti-PEG se redujeron considerablemente en ratones que carecían de MyD88 (una proteína adaptadora que vincula la señalización de TLR con funciones efectoras aguas abajo) o TLR9 (que reconoce el ADN no metilado con motivos CpG), lo que concuerda con una respuesta de anticuerpos TI-2.

Los liposomas pegilados que encapsulan ***oligonucleótidos*** generan ***mayores respuestas de anticuerpos anti-PEG en ratones en*** comparación ***con los liposomas pegilados vacíos***, incluso para los nucleótidos que no tienen motivos CpG inmunoestimuladores.

***La* encapsulación *de moléculas de ADN y ARN puede* facilitar *la endocitosis y* producir *una inmunogenicidad diferencial en comparación con los oligonucleótidos libres*.**

Polisorbato 80

El polisorbato 80 es un surfactante comúnmente utilizado en la industria farmacéutica, cosmética y alimentaria. Los surfactantes son compuestos que reducen la tensión superficial y aumentan la solubilidad entre dos líquidos que normalmente no podrían disolverse juntos, por ejemplo, aceite en agua. Debido a su capacidad para reducir la tensión superficial entre líquidos, los surfactantes son conocidos por sus propiedades de propagación y humectación. Por lo tanto, los tensioactivos actúan como detergentes, emulsionantes, agentes humectantes, agentes espumantes y dispersantes.

Es uno de los tensioactivos no iónicos más comunes que se utilizan actualmente en una gran variedad de formulaciones, incluidas inyecciones de medicamentos chinos tradicionales y biofarmacéuticos de proteínas. También ampliamente utilizado como agente solubilizante para mejorar la solubilidad de fármacos poco solubles en diferentes productos farmacéuticos tales como: cremas, ungüentos, lociones, tabletas, champús, maquillaje; y también para helados, aderezos procesados para ensaladas y salsas.

Dentro de la industria farmacéutica, el polisorbato 80 se utiliza para mejorar y mantener la consistencia de las cápsulas de gel; ayudar a mantener la medicación suspendida en líquidos; en la preparación de líquidos intravenosos; como excipiente en comprimidos, y en la fabricación de vacunas.

Los polisorbatos son ésteres complejos de especies estructuralmente diversas y (en algunos casos) químicamente reactivas. PS-20 y PS-80 (Tween 20 y Tween 80) son mezclas de ésteres de ácidos grasos estructuralmente relacionados de polioxietilensorbitán y ácido láurico o ácido oleico, respectivamente. En PS-20, la fracción de monolaurato comprende del 40 al 60% de las cadenas de alquilo, con grupos alquilo de diferentes longitudes de cadena que constituyen el resto de las moléculas. En PS-80, aproximadamente el 60% de las cadenas de alquilo se derivan del ácido oleico, y el resto de los ésteres se derivan de otros ácidos grasos. Todos los polisorbatos disponibles comercialmente también contienen cantidades medibles de ésteres de ácidos grasos de polioxietileno, polioxietileno de sorbitán y polioxietileno de isosorbida. Por auto-oxidación intrínseca producen hidro y alquil-peróxidos reactivos, así como aldehídos reactivos, tales como formaldehído y acetaldehído, que inducen la inmunogenicidad de las proteínas solubles. Debido a las diversas reacciones secundarias en la síntesis de polisorbato 80 y sus diferentes subproductos resultantes, el polisorbato 80, obviamente, es una mezcla que no contiene solo monoésteres, también polietilenglicol (PEG), diésteres, triésteres e incluso tetraésteres en diferentes grados de polimerizaciones de polioxietileno.

Investigadores han encontrado que el polisorbato 80 es el responsable de romper la barrera sangre-cerebro. Se ha informado de que especialmente las inyecciones

que lo contienen, desencadenan efectos adversos, incluyendo hemólisis y reacciones anafilactoides.

El polisorbato 80 puede causar reacciones de hipersensibilidad y anafilaxia. El polisorbato 80 es un agente solubilizante utilizado ubicuamente que puede causar reacciones anafilactoides graves no inmunológicas. Y es particularmente riesgoso en los bebés. Además, su riesgo aumenta cuando la polimixina B, otro ingrediente de la vacuna, está presente.

El estudio, "Anafilaxia debida al excipiente polisorbato 80", apareció en los Anales de Alergia, Asma e Inmunología en diciembre de 2005. (página 21) "En nuestra conclusión, basándonos en nuestros resultados y en la literatura revisada, creemos que el polisorbato 80 debe incluirse en la batería de prueba para la alergia a medicamentos como los corticosteroides, ya que podría ser una causa de anafilaxia de etiología desconocida".

El uso cada vez mayor de anticuerpos monoclonales (MAb) en el tratamiento de enfermedades neoplásicas, autoinmunes e inflamatorias, ha provocado un ***aumento espectacular de las reacciones de hipersensibilidad en todo el mundo***, lo que complica el uso de MAb como terapias de primera línea y limita la supervivencia y la calidad de vida del paciente. Los orígenes de la anafilaxia no se comprenden bien, aunque su mecanismo es bastante sencillo. Por lo general, ***se*** atribuye ***a alguna propiedad intrínseca indefinida o propiedades de un bioterapéutico***, a pesar del hecho de que ***las formulaciones bioterapéuticas son necesariamente complejas e*** incluyen ***una gran cantidad de excipientes funcionales***. Esos ayudan a que los productos farmacéuticos cumplan con los estrictos desafíos de la vida útil, la estabilización, la solubilidad, la reconstitución después de la liofilización y la propensión de las proteínas a agregarse, especialmente a las altas concentraciones que se usan típicamente para reducir el volumen y el tiempo de administración de MAb.

Aproximadamente el 70% ***de todas las formulaciones de MAb contienen PS-20 o PS-80. Los tensioactivos de polisorbato (PS) son una de esas familias de excipientes incorporados en muchos productos bioterapéuticos para*** prevenir ***la agregación de proteínas y la pérdida de eficacia asociada***. Aunque los polisorbatos son efectivos en esa función, contienen ***enlaces éter (dentro de restos polioxietileno) y cadenas de alquilo insaturadas que se autooxidan espontáneamente en soluciones acuosas para formar especies químicas inmunogénicas y anafilactogénicas, incluidos hidro- y alquil-peróxidos, epoxiácidos y aldehídos como formaldehído y acetaldehído***. Los polisorbatos también se hidrolizan en soluciones acuosas para liberar ácidos grasos libres que pueden aumentar la turbidez de la solución.

La anafilaxia, por otro lado, es una reacción alérgica que, aunque grave, generalmente se pasa por alto y se acepta como una propiedad inevitable de las propias proteínas bioterapéuticas. Se han hecho pocos o ningún intento por diferenciar y segregar su fuente real en los productos biológicos. ***Aunque la inmunogenicidad inducida por polisorbato no deseada está bien***

documentada, se ha prestado poca atención ***a la anafilaxia inducida por polisorbato***. Es comprensible que las autoridades reguladoras se centren en gran medida en una eficacia comparable en la evaluación de biosimilares. Pero ***una eficacia similar*** no implica ***necesariamente un perfil de seguridad similar entre productos innovadores y biosimilares***. ***Tanto la inmunogenicidad como la anafilaxia no deseadas, deben*** constituir ***componentes importantes de la evaluación de la seguridad de los bioterapéuticos***.

La anafilaxia generalmente es de inicio rápido ***y se manifiesta en minutos u horas***. ***En algunos casos, puede*** causar la muerte. ***El mecanismo subyacente es la*** liberación ***de mediadores de ciertos tipos de glóbulos blancos que pueden desencadenarse por mecanismos inmunológicos o no inmunológicos***. Las causas más comunes incluyen picaduras de insectos, alergias alimentarias y medicamentos. En la última categoría, los excipientes de **polisorbato PS-80 y PS-20** de uso común se encuentran en más del 70% de MAb y otros bioterapéuticos proteicos, y ahora ***se ha*** demostrado ***que causan anafilaxia en pacientes que reciben esos medicamentos***. Los síntomas de anafilaxia se inician como promedio a los 5-30 minutos, si la exposición es intravenosa, afectando la piel, el sistema respiratorio, el tracto gastrointestinal, el corazón y la vasculatura, y el sistema nervioso central. Los síntomas incluyen urticaria, picazón, enrojecimiento o hinchazón (angioedema), edema lingual, laríngeo y faríngeo, secreción nasal y edema conjuntival. Síntomas respiratorios posibles incluyen: falta de aliento, espasmo bronquial y la obstrucción de la vía aérea superior secundaria a la inflamación. El espasmo de la arteria coronaria puede asociarse con una caída de la presión arterial o con un shock, lo que a veces conduce a un infarto de miocardio posterior, arritmia o paro cardíaco.

Cada vez más, ***las propiedades anafilactogénicas del PS-80 están bien*** documentadas ***en la literatura clínica***. La identificación de la causa mecánica precisa de la anafilaxia inducida por polisorbato es complicada por la compleja naturaleza química de los tensioactivos polisorbatos. ***Los estudios preclínicos en animales han*** identificado ***una serie de especies moleculares específicas que inducen anafilaxia*****.**

Por otro lado, ***se sabe que los tensioactivos*** aumentan ***en general la permeabilidad de la piel***. En una prueba de permeabilidad al agua epitelial, se observó que la inyección de polisorbato 80 en una solución salina normal en conejos, producía rápida y regularmente un edema corneal, que se acompañaba de una citólisis (es el proceso por el cual la célula se rompe) endotelial corneal marcada y un aumento de la permeabilidad vascular del limbo. El polisorbato 80 también aumentó y disminuyó alternativamente la resistencia osmótica de los eritrocitos, dependiendo la naturaleza del efecto de la concentración de tensioactivo. Se presume que la respuesta al polisorbato 80 se debe a su influencia en la membrana plasmática de eritrocitos.

Estrechamente relacionados con el mantenimiento de los equilibrios osmóticos están la difusión transmembrana y el transporte activo de electrolitos. La función normal de todos los tipos de células depende de las características adecuadas de permeabilidad iónica del plasma membrana. Los cambios en la capacidad de

controlar el intercambio de iones se ven habitualmente en células tales como neuronas, células secretoras y otras cuyo función primaria depende directamente de una diferencia de potencial eléctrico a través del membrana.

El efecto electrofisiológico de los polisorbatos en varios tejidos naturales también se ha estudiado. La Adición de polisorbato 80 a sangre de rata diluida, en concentraciones sin efecto hemolítico, produjo un aumento en el potencial eléctrico transmembrana del eritrocito. En el yeyuno aislado de rata, el polisorbato 80 aumentó las diferencias de potencial transmural en un 20 a 34 % y corrientes de corto circuito en 66 a 112%, también disminuyó la resistencia del tejido neto del 19 hasta 30%.

Los polisorbatos también influyen en el transporte de moléculas más grandes a través de membranas y, por lo tanto, puede afectar la actividad y toxicidad del fármaco. Este artículo de Science Direct, discute el papel del polisorbato 80 en el cruce del BBB (barrera hematoencefálica).

La combinación de otros ingredientes riesgosos con polisorbato 80 en las vacunas contra la gripe, así como en muchas otras vacunas es especialmente preocupante. La barrera hematoencefálica es débil y se traspasa fácilmente durante los primeros 2-3 años de vida y, a menudo, durante los últimos años. En otros grupos de edad, el BBB normalmente restringe el paso de sustancias del torrente sanguíneo. Pero, un artículo del pediatra Dr. Lawrence Palevsky sugiere que, incluso para este último, el polisorbato 80 en las vacunas ***puede permitir que otros ingredientes de la vacuna entren en el cerebro***. Advierte: "El polisorbato-80 se usa en farmacología para ayudar en la administración de ciertos medicamentos o agentes quimioterapéuticos a través de la barrera hematoencefálica".

Un artículo que discute el Complejo de Ataque a la Membrana (MAC) explica cómo esto es posible. Declara: "Los detergentes inyectados invaden un proceso inmunológico que mantiene el control de la vida y la muerte sobre las células". Las proteínas MAC son un componente de nuestro sistema inmunológico que mata las células de los patógenos mediante túneles a través de sus membranas superficiales, lo que hace que se filtren o exploten. ***Existen*** similitudes entre ***las proteínas MAC y los detergentes, pero estos últimos pueden ser mucho más dañinos***. ***Las acciones de los detergentes inyectados no están*** reguladas ***como las de MAC***. Atacan ***a las células al azar, por lo que pueden*** atacar ***a nuestras propias células, e*** ignoran e interrumpen ***la retroalimentación o las señales del sistema inmunológico para dejar de atacar***.

Una de las proteínas que regulan el MAC es CD59. Evita que las proteínas MAC se unan a nuestras células y hagan que desarrollen agujeros y se rompan. ***Cuando*** falta ***protección CD59 (como es el caso de los detergentes inyectados), pueden producirse varias*** afecciones***: uniones de transmisión neuromuscular dañadas, artritis reumatoide, enfermedad renal, accidente cerebrovascular o hemorragia cerebral fatal. Sumado a estos riesgos, debido a que no se metabolizan fácilmente, los detergentes***

pueden permanecer en nuestros cuerpos durante mucho tiempo; La enzima P450 y el hígado trabajan para eliminarlos, pero pueden dañarse en el proceso. ***Los productos de descomposición de detergentes incluyen*** octilfenoles ***que son disruptores endocrinos, deprimen la función inmune, agotan el glutatión, también inducen la muerte celular, pueden pasar a través de la leche materna, ¡y son incluso más persistentes que los detergentes!***

Cuando se usa como emulsionante de vacuna, ***el polisorbato 80 puede*** aumentar ***la permeabilidad celular, el daño y el estallido***. Además, ***después de la inyección puede*** descomponerse ***rápidamente en sorbitol y óxido de etileno. El sorbitol puede*** aumentar ***el riesgo de diabetes, así como la muerte celular, la insuficiencia mitocondrial y la fragmentación del ADN***. El Banco de Datos de Sustancias Peligrosas de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos advierte que el sorbitol "no debe inyectarse". Pero ***se*** produce ***veinte veces más óxido de etileno que sorbitol, y es aún más tóxico***.

También ***se ha demostrado que el polisorbato 80 inyectado*** cambia ***abruptamente la función cardíaca***. Una declaración sobre un medicamento utilizado para tratar la anemia relacionada con la enfermedad renal crónica y la quimioterapia advierte: "Los estudios clínicos han demostrado que la darbepoetina alfa (lleva polisorbato 80) aumenta el riesgo de efectos secundarios graves (por ejemplo, coágulos sanguíneos, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca) y la muerte en algunos casos. También se ha demostrado que acorta la supervivencia general y / o aumenta el riesgo de crecimiento o recurrencia del tumor en pacientes con ciertos tipos de cáncer". Una lista larga de efectos secundarios que se aplica a la darbepoetina alfa: solución inyectable. Sobre ello también habla un documento de la AEP.

El polisorbato 80 disminuyó en ratones, la toxicidad oral aguda de tetraciclina, norsulfazol, teofilina, tubazida, procainamida, amidopirina y pentobarbital. En otro estudio, aumentó la concentración solubilizada de butilparabeno, pero disminuyó in vitro la penetración percutánea del conservante a través de la piel de cerdo de Guinea. En dos estudios sobre el mecanismo del efecto inhibidor de polisorbato 80 sobre la absorción intramuscular de fármacos, se encontró que la inhibición de la absorción no puede atribuirse a un efecto directo o indirecto sobre la pared del capilar. Se concluyó que el efecto se debió principalmente a su influencia sobre el espacio extracelular y en la permeabilidad del tejido conectivo.

Los polisorbatos producen varios efectos aparentemente dispares en sistemas neuromusculares. El polisorbato 80 estimula la motilidad colónica en conejos anestesiados, en cambio, reduce la contracción in vitro de las células del músculo liso del intestino delgado cuando se evalúa esta función midiendo la actividad contráctil del íleon de cobaya estimulado eléctricamente. El polisorbato 80 muestra un efecto vasodilatador coronario y aumentó la frecuencia cardíaca en corazones de conejillo de indias y de conejos cuando está presente a 2,4 mg/l en el fluido de perfusión. Si se incrementa gradualmente la concentración de polisorbato 80 de 0,7 a 4,0 mg/l, se observa un aumento relacionado con la

dosis, en el gasto coronario. A dosis más altas, se observa una ligera disminución en la amplitud de la contracción y un aumento en la frecuencia cardíaca.

En otro estudio, se analizaron en perros los efectos cardiovasculares de dos concentraciones de polisorbato 80. Una solución de dextrano al 10% con 0.05% de polisorbato 80, inyectada en la aurícula izquierda, causó alteraciones cardíacas en los cuatro perros estudiados. Las reacciones consistieron en una reducción de las dimensiones cardíacas con o sin hipotensión y taquicardia. La administración de una concentración más baja de polisorbato 80 (0.01%) indujo reacciones en 6 de 14 perros.

En otro estudio con ratones, recibieron inyecciones intraperitoneales de 0.3 ml de una solución salina de polisorbato 80 al 25% antes de la inmunización con ovoalbúmina absorbida en Al (OH); se observó que no había respuesta primaria de IgE, lo que indica que el polisorbato 80 inhibió esta respuesta.

Ya en 1985, Masini et al, demostraron liberación de histamina inducida por polisorbato en tejidos periféricos y mastocitos aislados, así como respuestas hemodinámicas. En 1997, Bergh et al, informaron que la exposición al aire a soluciones acuosas de PS-80 producía formaldehído y acetaldehído en cantidades que podrían provocar reacciones alérgicas en algunas personas. Los últimos autores advirtieron proféticamente a los desarrolladores de fármacos que tuvieran en cuenta la posibilidad de que se formen compuestos alergénicos durante la fabricación, el almacenamiento y la manipulación de productos que contienen polisorbato y tensioactivos químicamente similares.

Coors y col, llevó a cabo un examen exhaustivo de PS-80 como inductor de reacciones anafilactoides graves. Su amplio complemento de metodologías de detección sensibles y bien aceptadas incluyó pruebas de punción cutánea, ensayos de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), inmunotransferencia de inmunoglobulina E (IgE) y detección por citometría de flujo de la activación de basófilos en pacientes de control y otros con antecedentes médicos de Choque anafiláctico debido a la administración intravenosa de un producto multivitamínico durante el embarazo (un sustituto de los medicamentos administrados por vía intravenosa). Ni los ELISA ni las inmunotransferencias identificaron ningún anticuerpo IgE específico de polisorbato, lo que confirma la naturaleza no inmunológica de la reacción anafilactoide. ***Este estudio*** demostró ***que el PS-80 puede causar reacciones anafilactoides no inmunológicas graves***.

Sun y col, evaluaron el efecto de sensibilización de PS-80 de diferentes lotes de fabricación en perros, observando diferentes grados de reacción anafilactoide. De manera similar, al evaluar 10 lotes de soluciones de PS-80 de diferentes proveedores, Yang et al, encontraron que ***las impurezas de PS-80 formadas espontáneamente, como los peróxidos y los residuos de ácidos grasos oxidados*** (presentes en niveles variables en cada lote analizado) inducían ***reacciones anafilactoides*** en un modelo de pez cebra in vivo.

Qiu y col, demostraron que ***el polisorbato 80 induce reacciones anafilácticas no inmunes típicas*** (pseudoalergia) en perros, caracterizadas por la liberación

de histamina y anticuerpos IgE invariables. PS-80 indujo la liberación de histamina con un aumento del doble de SC5b-9, un aumento de 2,5 veces de C4d y un aumento de 1,3 veces de Bb, mientras que la IgE permaneció sin cambios. PS-80 causó malestar cardiopulmonar en perros y activó sus sistemas de complemento a través de vías clásicas y alternativas, como se indica para preparaciones tanto in vivo como in vitro.

Badiu y col, informaron ***múltiples casos de anafilaxia inducida por PS-80 que surgen de la administración de varias vacunas***. Una niña de 17 años experimentó urticaria generalizada, angioedema palpebral, rinoconjuntivitis, disnea y sibilancias una hora después de su tercera administración intramuscular de la vacuna contra el virus del papiloma humano tetravalente Gardasil (Merck), que contiene PS-80. Las pruebas intradérmicas fueron positivas con ese producto, mientras que las pruebas cutáneas con la vacuna bivalente (que no contiene PS-80) fueron negativas. Las pruebas de punción de PS-80 fueron positivas en el paciente y negativas en 10 controles sanos. El resultado de la prueba de activación de basófilos CD203 fue negativo para PS-80 en todas las diluciones probadas y no se encontró IgE específica. Los autores también hicieron pruebas cutáneas de dos vacunas contra la influenza: una que contenía PS-80 (Fluarix de GlaxoSmithKline), que resultó en una reacción positiva, y otra vacuna contra la influenza sin adyuvantes ni conservantes (Vaxigrip de Sanofi Pasteur MSD),

Limaye y col, informaron de un caso de reacción alérgica a la eritropoyetina en el que un paciente desarrolló prurito generalizado, eritema y angioedema orofacial. La formulación de eritropoyetina de Eprex (Johnson & Johnson) contenía eritropoyetina humana recombinante y PS-80 como excipiente (0,15 mg/ml). Las pruebas intradérmicas secuenciales y de punción cutánea con concentraciones crecientes de eso y Neupogen filgrastim de Amgen (que contiene polisorbato a 0,04 mg / ml) dieron reacciones positivas, mientras que una preparación de eritropoyetina sin polisorbato arrojó resultados negativos. Las pruebas intradérmicas con polisorbato de grado farmacéutico dieron como resultado una reacción local positiva seguida de angioedema orofacial leve una hora más tarde. No se observó reacción en un sujeto de control. Purcell y col, también identificaron al polisorbato 80 como la causa probable de una respuesta inmune a la eritropoyetina cuando la albúmina humana fue reemplazada por polisorbato 80 y glicina.

Se ha informado ***de hipersensibilidad a fármacos y anafilaxia para el factor VIII, darbopoyetina, eritropoyetina y varios MAb, todos los cuales contienen un tensioactivo polisorbato*** (1) (2) (3) (4). ***Se han*** descrito ***lesiones urticariformes en pacientes en tratamiento con infliximab, adalimumab, etanercept y ustekinumab, cuatro fármacos MAb que contienen polisorbato 80*** (1) (2). ***Además, se han*** informado ***respuestas anafilácticas inducidas por polisorbato en clases de fármacos no biológicos que contienen polisorbato*** (1) (2) (3).

Hay numerosos informes disponibles ***sobre la promoción de tumores y la cocarcinogénesis por parte de los polisorbatos. Se ha*** demostrado ***la promoción de tumores y la cocarcinogénesis con una serie de agentes***

cancerígenos conocidos. Se ha comprobado ***que si se administran conjuntamente con un polisorbato, la producción de tumores, es aún mayor***. ***El realce del tumor por los polisorbatos se ha*** relacionado ***con la hiperplasia epidérmica. Un segundo mecanismo posible es la*** inhibición de la reparación del ADN (que ya se ha demostrado científicamente que es algo que producen los sueros experimentales)*. **Un tercer mecanismo posible, es el de un*** efecto ***sobre las membranas biológicas***.

En un estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (5%, 10% y 20%) en ratas macho y hembra, se observó un ligero aumento en el desarrollo de fibroadenomas (son bultos sólidos y no cancerosos en las mamas) ya que se observaron tumores esporádicos en las glándulas mamarias de las ratas hembras, incluyendo los del grupo de control, pero no se demostró carcinogenicidad. En otro estudio de 2 años de carcinogenicidad en administración dietética de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratas F344 / N machos o hembras, la mitad de ellas sobrevivieron, y la incidencia de los feocromocitomas (tumor raro que suele comenzar en las células de una de las glándulas suprarrenales) suprarrenales aumentaron en el grupo de machos alimentados con 50 000 ppm. No hay diferencias en las tasas de tumorigénesis (es un proceso mediante el cual las células normales se transforman en células cancerosas) en otros órganos entre el grupo experimental y el grupo control. En otro estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratones B6C3F1 machos o hembras, aproximadamente el 50-60% de la los animales sobrevivieron, y las lesiones hiperplásicas de la mucosa gástrica anterior aumentaron significativamente en ratones machos y hembras en el grupo de 50 000 ppm. No se detectó tumorigénesis en un experimento en que se administró una dieta experimental suplementada con polisorbato 80 a ratones G57BL durante 10 semanas (100 mg / ratón / día), seguido de dieta basal durante las siguientes 8 semanas y luego dieta comercial hasta las 51 semanas). En un estudio de pintura de la piel de 80 mg de solución de polisorbato 80 en 50 ratones (6 veces por semana durante 52 semanas), un tumor cutáneo benigno se desarrolló en un ratón y en un estudio de inyección subcutánea de 2 ml de 6% solución de polisorbato 80 en 20 ratas (3 veces por semana durante 40 semanas), los se formaron fibrosarcomas en los sitios de inyección en 11 ratones. En otro estudio de inyección intratraqueal de 0.2 ml de polisorbato 80 al 5% en 50 hámsteres sirios (una vez a la semana de por vida) no se pudo demostrar ninguna tumorigénesis.

En un estudio de toxicidad a dosis repetidas, se observó diarrea como síntoma principal. Es habitual que la diarrea tras la administración de una gran cantidad de una sustancia, se consideró que se debía a la causa física y, por lo tanto, no se consideró que fuera un efecto tóxico. Sin embargo, sí se produjo una irritación local de la mucosa gastrointestinal por polisorbatos, se sospecha que afectan la digestión, junto con factores físicos resultantes de un poliol pobremente absorbido; y la diarrea, por lo tanto, se evaluó como efecto tóxico desde el punto de vista de seguridad.

Se informó de resultados positivos para los polisorbatos 65 y 80 en algunas pruebas in vitro estudiando la aberración cromosómica, pero la genotoxicidad no se consideró como un problema debido a la baja frecuencia de aberraciones y los resultados negativos obtenidos en un ensayo de micronúcleos de médula ósea in vivo.

FENÓMENOS EXTRAÑOS

No debemos obviar que han sucedido cosas "extrañas" que provocan serias dudas sobre todo lo que rodea a la "pandemia", por ejemplo: lo sucedido con Moderna y el NIAID, que desde diciembre 2019 ya tenían una "vacuna" candidata contra Covid; o que en 2017, ya existieran test para Covid-19; o que un documento interno de la FDA del 22 de octubre de 2020, ya recogiera algunos de los eventos adversos graves que estamos viendo y que aún conociéndolos, en diciembre se autorizara el uso de emergencia; o que un representante de Moderna reconozca que todos los "vacunados" forman parte de un experimento, ante una persona que sufrió el síndrome de Guillain-Barré después de que se le administrara la "vacuna" (1) (2); o que Moderna y Pfizer, perdieran "accidentalmente" los grupos de control de prueba de las "vacuna"; o que haya 73 patentes emitidas entre 2008 y 2019, que tienen los elementos supuestamente novedosos del SARS CoV-2, específicamente en lo que se refiere al sitio de clivaje polibásico, el dominio de unión al receptor de ACE2 y la proteína espiga; o que Pfizer patentara la primera "vacuna" Covid, en el año 2000; o que ya en el 2009, la Dra. Rima Laibow (1) (2), nos advirtiera de cosas que hoy estamos viendo con las "vacunas".

El mundo comenzó a escuchar sobre un nuevo coronavirus a principios de enero de 2020, con informes de una supuesta nueva enfermedad similar a la neumonía que se propaga por Wuhan, China. Sin embargo, el mundo no supo realmente de Covid-19 hasta febrero de 2020, porque no fue hasta el 11 de ese mes que la Organización Mundial de la Salud nombró oficialmente a la enfermedad del nuevo coronavirus Covid-19.

Entonces, siendo esta la verdad oficial, ¿por qué los datos del gobierno de los Estados Unidos muestran que el Departamento de Defensa de los EE. UU. (DOD) otorgó un contrato el 12 de noviembre de 2019 a Labyrinth Global Health INC para 'Investigación Covid-19', al menos un mes antes de la supuesta aparición del nuevo coronavirus y tres meses antes de que se denominara oficialmente Covid-19?

Los sorprendentes hallazgos, sin embargo, no terminan ahí. El contrato adjudicado en noviembre de 2019 para la 'Investigación Covid-19' no solo tenía instrucciones de llevarse a cabo en Ucrania, sino que, de hecho, era parte de un contrato mucho más grande para un 'Programa de reducción de amenazas biológicas en Ucrania'.

Quizá explica por qué Labyrinth Global Health ha estado colaborando con EcoHealth Alliance de Peter Daszak y Metabiota de Ernest Wolfe desde su formación en 2017.

De igual forma, un estudio publicado el 21 de febrero de 2022 en Frontiers in Virology afirma haber descubierto que ***una secuencia de la proteína de pico del supuesto virus coincide al 100% con una secuencia modificada de ARN mensajero (ARNm) patentada por Moderna en 2016***.

La secuencia genética patentada por Moderna es parte de un gen de reparación del ADN humano llamado MSH3. Esta secuencia patentada se encuentra en el sitio de escisión de furina del supuesto SARS-CoV-2 en la proteína espiga, que es la parte que le da al supuesto virus un acceso a las células humanas.

Según la solicitud de patente de Moderna, la secuencia del gen se modificó "para la producción de proteínas y péptidos relacionados con la oncología", aparentemente para su uso en la investigación del cáncer.

Según los investigadores, ***la*** posibilidad ***de que el supuesto SARS-CoV-2 haya adquirido aleatoriamente este sitio de escisión de furina a través de la evolución natural es de*** 1 en 3 billones.

Por otro lado, el Dr. Tau Braun es asesor y capacitador nacional de contraterrorismo y EMS de los EE. UU., científico jefe de la división contra el bioterrorismo, ingeniería bioquímica y director ejecutivo de la Agencia de Prevención de la Violencia. También ***investigó y descubrió que el*** origen ***de la Covid-19 era el*** veneno de serpiente.

La mayor parte del trabajo que hace el Dr. Braun está en el ámbito de la evaluación y gestión de amenazas, y el núcleo de su trabajo es capacitar y ayudar a las personas a analizar y comprender una amenaza.

En junio de 2021, el Dr. Braun envió un correo electrónico a dos departamentos del FBI , incluido el subdirector Don Always:

"He estado trabajando con científicos y profesionales médicos desde el comienzo de la pandemia para comprender los mecanismos biológicos del SARS2…".

"La Proteína Spike tiene numerosas "huellas dactilares" que apuntan a un arma biológica fabricada, se puede aerosolizar y se puede desplegar fácilmente como un arma química con impactos devastadores a corto y largo plazo.

"El SARS2 fue etiquetado rápidamente como una enfermedad respiratoria. Sin embargo, mi investigación ha revelado que el principal mecanismo destructivo del SARS2 y la proteína S es el envenenamiento. He revelado y alertado a los científicos y profesionales médicos con los que he estado colaborando, y pretendo publicar mis hallazgos en las próximas semanas".

El Dr. Braun afirma que tiene pruebas de que ***se usaron péptidos de veneno de serpiente para causar toda la "pandemia" de Covid***. El FBI sabe que trabajó con ellos como consultor externo, pero la única respuesta que recibió del FBI fue "recibido, gracias". El FBI, la organización, no los agentes individuales, se

ha visto “gravemente comprometida”, le dijo al Dr. Bryan Ardis en una entrevista el día después del estreno de ' Watch the Water ' en The Stew Peters Show.

Cuando el Dr. Braun dijo que "haría pública" su investigación en un par de semanas, sus colegas le advirtieron que debería ingresar a un programa de protección de testigos antes de divulgar públicamente la información.

“Hay entidades gubernamentales involucradas, pero lo que es más importante, existe un peligro aún mayor cuando se trata de entidades corporativas que tienen su dinero en algo. Tiene entidades y personas personales que están dispuestas a matar personas para asegurarse de que su empresa criminal pueda funcionar”, dijo el Dr. Braun.

“En altas concentraciones, esta proteína espiga actúa como gas nervioso. Puede ver eso en los vídeos... ¿por qué lo llamamos una fuga de laboratorio cuando puede ver que se trata de nubes masivas o alguna otra forma de ataque intencionado, tal como dijo China?

“Puedes usar esta arma en particular con o sin un componente viral”.

En un artículo de 1977, una lectina, una forma de veneno, un veneno de origen vegetal, se adjuntó o se combinó con un coronavirus. “Realmente debes pensar en glicoproteínas, veneno y veneno de origen vegetal, que se llaman lectinas; debes pensar en ellos como dos lados de Velcro y hay una interacción entre los dos. En última instancia, actúan como interruptores y, por lo tanto, cuando su cuerpo necesita comprender a qué se enfrenta, tendrá lugares en el cuerpo donde se combinan las lectinas y los venenos. Y eso desencadena todo tipo de reacciones en cadena”, dijo el Dr. Braun.

Hay dos* homólogos*, versiones sintéticas del veneno, en la proteína espiga. “Puedes llamarlo veneno de cobra, pero puede que en realidad no sea de la serpiente cobra. Es de un laboratorio e incluso entonces, lo que es más importante, no tiene que provenir realmente de la serpiente cobra. Ese veneno podría ser una combinación perfecta, evolutiva, con un caracol cono... también podría provenir de parásitos... Hay dos venenos que están en la proteína S del supuesto SARS-CoV-2 y son cobra y krait, un coagulante y un anti -coagulante. Y tienes todo tipo de mecanismos disruptivos de esas dos armas... el aspecto del veneno es solo un aspecto de esta herramienta multipropósito que forma la espiga”, explicó el Dr. Braun.

“Ya hay muchos datos, ya hay mucha ciencia, en torno al hecho de que el componente viral es solo una parte de este problema. El mayor problema es la proteína espiga... Tomaron ese veneno patógeno altamente letal a corto y largo plazo, un veneno, un veneno a base de veneno. No puedo ser más claro. Tomaron eso y te lo dieron, si tomaste la ‘vacuna’, un código. Y ese código es un truco: a una célula que normalmente no aceptaría ese código se le dijo 'hey, absorba este código y comience a imprimir más de este veneno'".

Aquí puede ver la entrevista del Dr. Braun.

En el otro lado del debate, el Dr. Richard Flemming discutió, entre otras cosas, la teoría del veneno de serpiente con InfoWars el 14 de abril, aquí se puede ver el vídeo.

En agosto de 2021, investigadores de la Universidad de Arizona publicaron un artículo que encontró ***cierta enzima que podría estar provocando muertes por Covid***.

"***Encontramos evidencia de que había una enzima, una enzima similar a una serpiente, en la sangre de personas que tenían niveles extraordinariamente altos***", dijo el Dr. Floyd Chilton, autor principal del estudio.

Un equipo de investigación dirigido por el profesor Paolo Madeddu de Bristol expuso los pericitos del corazón humano, que son células que envuelven pequeños vasos sanguíneos en el corazón, a las supuestas variantes alfa y delta del SARS-CoV-2, junto con el virus original de Wuhan. Encontraron ***que los pericitos del corazón no estaban infectados***.

Los investigadores desafiaron a los pericitos cardíacos solo con la proteína espiga, sin el virus. ***La proteína espiga*** hizo ***que los pericitos fueran incapaces de interactuar con sus células endoteliales compañeras y los indujo a secretar citoquinas inflamatorias, lo que sugiere que la proteína espiga es dañina para las células cardíacas humanas***.

Finalmente, el equipo identificó ***la presencia de la proteína de punta del SARS-CoV-2 en muestras de sangre obtenidas de pacientes con Covid, lo que abre la*** posibilidad ***de que las partículas de proteína de punta que viajan a través de la circulación puedan llegar a un sitio distante del sistema respiratorio y causar daño sistémico***.

Veamos ahora una información demoledora:

En una entrevista del Dr. Joseph Mercola con el Dr. David Martín, se reveló que ***en total, desde 2002, se han registrado unas 4000 patentes sobre el genoma, las "vacunas" y la detección del coronavirus***. Según Martin, esto es alarmante, "porque **no se registran patentes sobre algo que no se pretende comercializar**". ***También se pueden encontrar pruebas de la comercialización prevista si se examinan las fechas de determinadas patentes de determinadas empresas***.

El 28 de abril de 2003, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos presentaron una patente sobre el genoma del coronavirus del SARS. Cinco días después, Sequoia Pharmaceuticals recibió una subvención de 935 000 dólares y presentó la patente estadounidense 7151163 para un tratamiento para ese mismo virus.

"Eso suena como un trabajo interno", dice Martin. "Porque no se puede identificar un patógeno y curarlo en cinco días, cuando toda la información estaba en manos

del público, porque cuando el CDC presentó su patente sobre el genoma del coronavirus, pagó para mantener esa patente en secreto.

“Entonces, alguien en algún lugar sabe que esto resultaría ser una fuente de ingresos. La proliferación de controles patentados alrededor del coronavirus del SARS probablemente excede al menos en dos o tres veces a la mayoría de los demás patógenos”.

“Dana Farber tenía un sistema de patentes de anticuerpos monoclonales que surgió de tres subvenciones de los NIH. Su patente 7750123 sobre el anticuerpo monoclonal para el tratamiento del SARS-Cov se llevó a cabo en 2003”.

Entonces, aunque nos han dicho que el SARS-CoV-2 es algo que nunca antes habíamos visto, hay 4000 patentes y solicitudes de patentes que dicen lo contrario. Lo mismo puede decirse de las pruebas y las inyecciones antiCovid. Por ejemplo, Pfizer presentó la primera patente de “vacuna” de proteína de pico S1 sobre el coronavirus en 1990, hace 30 años.

“Independientemente de la parte de la historia que miremos, el registro de patentes está lleno de miles de patentes en las que los intereses comerciales financiados por el NIAID y los Institutos Nacionales de Salud han estado construyendo la camarilla económica en torno al coronavirus. Esto no es cosa nueva. No ha sido nada nuevo.

“Y, lamentablemente, continuamente nos dicen que de una forma u otra hay algo novedoso en esta experiencia, a pesar de que cada parte de lo que nos dicen se detecta con PCR, en las inyecciones, cada una de esas cosas ha sido conocida y aislada desde hace más de 30 años”.

De forma curiosa, ***en octubre de 2019***, pocos meses antes de que se anunciara la pandemia, la Fundación Bill y Melinda Gates coorganizó el ***Evento 201***, en colaboración con el Foro Económico Mundial y la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins, la cual es financiada por el tecnócrata multimillonario Michael Bloomberg. ***Este ejercicio de simulación involucró la respuesta global ante una pandemia ficticia de coronavirus***.

Durante la simulación, se realizó la predicción de que 65 millones de personas morirían, por lo cual también ***se implementaron confinamientos y cuarentenas en todo el mundo, además se suprimieron puntos de vista alternativos a través de la censura, con el pretexto de erradicar la "desinformación". Incluso discutieron la posibilidad de encarcelar a las personas que cuestionaran la narrativa de la pandemia***. La necesidad de la censura radical fue quizás uno de los presagios más llamativos de ese ejercicio.

La mayoría de las medidas de contención que se emplearon durante esta pandemia nunca antes se habían utilizado. Entre ellas se encuentran el cierre de negocios y obligar a las personas a aislarse en casa durante semanas y meses, ¡en todo el mundo! Es algo increíble y pocas personas lo hubieran creído posible.

Evidentemente, todo esto no hubiera sido posible si no se hubiera preparado a las personas adecuadas por tanto tiempo y si no se hubieran infiltrado en las organizaciones y agencias gubernamentales.

Además, ***nunca antes habíamos puesto en cuarentena a las personas sanas***. Por lo general, se aísla a las personas enfermas y a las que pueden contagiar. Ésta es una práctica estándar. Pero nunca se aísla a las personas que no están enfermas. Esta ***es una idea completamente nueva que nunca se había probado y que, de hecho, no tiene ninguna base científica***.

Pudieron hacer todo esto porque la Organización Mundial de la Salud es el gobernante de facto cuando se trata de pandemias globales. Lo que dice la Organización es lo que las naciones miembros deben seguir. ¿Y quién es el principal financiador de la OMS? No es cualquier nación, sino Bill Gates. Por cierto, Gates ha estado involucrado con la OMS durante más de una década, por lo que esto no es algo que él o cualquier otra persona haya soñado durante un evento de fin de semana.

Un componente clave ***de este plan es la transferencia de riqueza y activos globales a las manos de las personas más ricas***. De acuerdo con un informe de impacto económico realizado por Yelp, publicado en septiembre de 2020, **1 163 735 empresas en Estados Unidos cerraron sus puertas el 31 de agosto de 2020**. **El 60 % de estas empresas (un total de 97 966 empresas) fueron cierres permanentes**.

Mientras tanto, entre el 18 de marzo de 2020 y el 12 de abril de 2021, la riqueza colectiva de las personas multimillonarias en Estados Unidos aumentó en 1.62 billones de dólares (55 %), pasando de 2.95 a 4.56 billones de dólares. ¡Un tercio de las ganancias totales de las personas multimillonarias desde 1990 se produjo en los últimos 13 meses!

Como señaló Frank Clemente, director ejecutivo de la organización Americans for Tax Fairness, "Estados Unidos nunca había visto tal acumulación de riqueza en tan pocas manos". ***Los principales benefactores de las medidas pandémicas incluyen a las industrias financieras, tecnológicas, sectores farmacéuticos y de inteligencia militar***.

Veamos como "juegan" con las palabras para que todo encaje:

La definición **de 'producto biológico' del gobierno de Estados Unidos hasta diciembre de 2019 podría haber prohibido que los productos de ARNm contra el Covid-19 se etiquetaran como "vacunas"**. ***Sin un cambio silencioso en la ley federal justo antes de la aparición del Covid-19, es posible que las inyecciones experimentales de ARNm de Covid nunca hubieran sido etiquetadas como "vacunas"***. Dicho de otra manera, la definición de "producto biológico" del gobierno federal de Estados Unidos que se utilizó hasta unas semanas antes del brote informado de Covid-19 puede haber prohibido que los productos de ARNm de Covid-19 se etiqueten como "vacunas".

Probablemente sería mucho más difícil para los gobiernos y/o empleadores ordenar la recepción de sustancias de ARNm etiquetadas como medicamentos u otros productos que no son “vacunas”. Los médicos, enfermeras y otros que hacen que se sientan culpables para que reciban y apoyen las sustancias de ARNm contra la Covid-19, con la posible acusación falsa de “anti-vacunas”, también quedarían fuera de discusión si las sustancias no estuvieran etiquetadas como “vacunas”.

Cabe señalar que para obtener la aprobación en los Estados Unidos, los fabricantes de vacunas deben presentar una “Solicitud de licencia biológica” al gobierno federal de los Estados Unidos. La ley federal incluye las “vacunas” en la categoría de "productos biológicos".

Antes del cambio de 2019 a la ley federal de Estados Unidos, la definición legal de producto biológico era la siguiente:

“El término "producto biológico" significa un virus, suero terapéutico, toxina, antitoxina, vacuna, sangre, componente o derivado sanguíneo, producto alergénico, **proteína (excepto cualquier polipéptido sintetizado químicamente)** o producto análogo, o arsfenamina o derivado de arsfenamina (o cualquier otro compuesto de arsénico orgánico trivalente), aplicable a la prevención, tratamiento o cura de una enfermedad o afección de los seres humanos”.

El cambio de diciembre de 2019 a la definición de "producto biológico" se encuentra en la Ley de Apropiaciones Más Consolidadas de 2020, y es el siguiente:

"La Sección 351 (i) (1) de la Ley de Servicios de Salud Pública (42 USC 262 (i) (1)) se modifica tachando "(excepto cualquier polipéptido sintetizado químicamente)".

Por lo tanto, antes del cambio de 2019 que se realizó poco antes del brote informado de Covid-19, **"cualquier polipéptido sintetizado químicamente" no estaría regulado por la FDA como un "producto biológico"**. Esto podría interpretarse en el sentido de que si una supuesta "vacuna" fuera un "polipéptido sintetizado químicamente", aparentemente no estaría regulado como un producto biológico.

Pero los productos químicos etiquetados como "vacunas" requieren solicitudes de licencia de productos biológicos; por tanto, parece que según la definición anterior de "producto biológico", cualquier entidad química que sea un polipéptido sintetizado químicamente no podría etiquetarse como “vacuna”.

La importancia de este cambio es que las “vacunas” de ARNm Covid-19 sintetizan químicamente la proteína “Spike” (también conocida como “S”) del SARS-CoV-2. **En el momento de redactar este documento, ambas “vacunas” de ARNm Covid-19 que recibieron "autorización de uso de emergencia" de la FDA están "modificadas con nucleósidos", lo que significa que están**

"modificadas químicamente" y programadas para sintetizar la proteína Spike del SARS-CoV-2.

Por lo tanto, **la redacción de la definición anterior de "producto biológico" parece sugerir que las "vacunas" de ARNm contra la Covid-19 no podrían** etiquetarse **legalmente como "vacunas"**. Ese sería un problema importante para los funcionarios de salud pública y los fabricantes de "vacunas".

Debe tenerse en cuenta que las "vacunas" de ARNm utilizadas contra la Covid-19 son los primeros productos que utilizan la técnica del ARNm "sintético" o "sintetizado químicamente" en obtener la autorización de uso de emergencia de la FDA.

Después de inyectarse en humanos, las "vacunas" de ARNm Covid-19 sintetizadas químicamente sintetizan, o "producen", una proteína que es similar a la proteína de "pico" o "Spike" del SARS-CoV-2. Las proteínas "contienen uno o más polipéptidos". Por lo tanto, **la síntesis de la proteína "S" también se describe como "síntesis de polipéptidos"**.

Es importante saber que un componente químico de las "vacunas" de ARNm contra la Covid-19 es la N1-metilpseudouridina. La sustancia química N1-metilpseudouridina "mejora la producción de proteínas". **La "producción de proteínas" también puede indicarse como "síntesis de proteínas" o "síntesis de polipéptidos"**. Otra forma de afirmar esto es que la N1-metilpseudouridina es una sustancia química que participa en la síntesis de polipéptidos de la proteína "S" necesaria para las "vacunas" de ARNm utilizadas contra el Covid-19.

Esto significa, ***entonces, que la proteína "Spike" necesaria para las "vacunas" de ARNm de Covid-19 podría describirse con precisión como un "polipéptido sintetizado químicamente***".

Ahora, consulte la definición de "producto biológico" antes del cambio de diciembre de 2019 a la ley federal de Estados Unidos. La ley excluía anteriormente "cualquier polipéptido sintetizado químicamente" de la definición de "producto biológico". Entonces, esa definición aparentemente excluiría que las "vacunas" de ARNm de Covid-19 se etiqueten como un "producto biológico".

Pero dado que las "vacunas" requieren una Solicitud de Licencia Biológica, entonces parecería que con la definición anterior de "producto biológico", las "vacunas" de ARNm de Covid-19 no podían etiquetarse como "vacunas".

El momento del cambio, antes de la llegada de la Covid en diciembre de 2019, junto con el aparente estado apresurado, enterrando el cambio en la página 595 de una ley de financiamiento federal de Estados Unidos, sugiere la posibilidad de que el Covid-19 pueda ser un ejercicio pandémico falsificado, que los políticos y funcionarios de salud pública del gobierno federal de Estados Unidos estaban preparando al intentar protegerse legalmente con varios cambios significativos en las leyes, estrategias y planes que gobiernan y regulan las

“amenazas emergentes” de salud pública, pandemias, vacunas o temas relacionados.

También vale la pena repetir que ***el gobierno federal de Estados Unidos*** posee parcialmente ***una “vacuna” de ARNm contra la Covid-19, y poco antes de su imposición a los estadounidenses, el gobierno federal de los Estados Unidos aparentemente se aseguró de que las “vacunas” de ARNm de Covid-19 fueran legales***.

La “vacuna” de ARNm Pfizer-BioNtech Covid-19 fue lanzada el 9 de noviembre de 2020:

Pfizer anunció que su candidata a “vacuna” basada en ARNm, BNT162b2, contra el SARS-CoV-2, ha demostrado evidencia de eficacia contra Covid-19 en participantes, basándose en el primer análisis de eficacia provisional realizado el 8 de noviembre de 2020 por un Comité de Monitoreo de Datos externo e independiente (DMC) del estudio clínico de fase 3. El recuento de casos evaluables llegó a 94 y el DMC realizó su primer análisis en todos los casos. La división de casos entre las personas “vacunadas” y las que recibieron el placebo indica una tasa de eficacia de la “vacuna” superior al 90%.

Realizado el 8 de noviembre de 2020 (94 casos) y anunciado inmediatamente al día siguiente el 9 de noviembre de 2020. Y apenas una semana después, tras el anuncio de Pfizer, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decide apresuradamente el 13 de noviembre de 2020 modificar su definición de “Inmunidad colectiva”.

La inmunidad colectiva es un concepto importante en medicina que ocurre “cuando una gran parte de una comunidad (“el rebaño”) se vuelve inmune a una enfermedad [p. Ej., SARS-2], lo que hace poco probable la propagación de la enfermedad de persona a persona. Como resultado, toda la comunidad queda protegida, no solo aquellos que son inmunes”.

Lo que sugiere esta definición es que el distanciamiento social y la mascarilla podrían socavar el desarrollo de la inmunidad colectiva. “Sucede cuando tantas personas en una comunidad se vuelven inmunes a una enfermedad infecciosa que detiene la propagación de la enfermedad”.

El 13 de noviembre de 2020, presionada por las grandes farmacéuticas, la OMS redefinió la inmunidad colectiva con miras a respaldar la “vacuna” de ARNm. Y el 13 de noviembre de 2020 coincidiendo con el lanzamiento de la “vacuna” Covid-19, la OMS decidió unilateralmente redefinir un concepto médico fundamental, centrándose únicamente en el papel de la “vacunación” para lograr la inmunidad colectiva.

La nueva "definición" de la OMS, “curiosamente”, parece servir visiblemente a los intereses de las grandes farmacéuticas involucradas en la comercialización de la “vacuna” Covid-19.

Otra versión de la definición de inmunidad colectiva de la OMS se publicó el 31 de diciembre de 2021 que postula:

"Para lograr de manera segura la inmunidad colectiva contra Covid-19, una proporción sustancial de la población necesitaría 'vacunarse', lo que reduciría la cantidad total de virus que puede propagarse en toda la población".

El problema más gordo que ha sido ampliamente documentado, es que la "vacuna" no solo causa eventos adversos de distinta gravedad, sino que debilita el sistema inmunológico de quienes la han recibido.

Veamos unas informaciones recientemente reveladas que también son muy esclarecedoras:

El SARS-CoV-2, el supuesto virus que supuestamente causa la enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19), podría ser en realidad una vacuna artificial para murciélagos creada por EcoHealth Alliance y el BSL4 Wuhan Institute of Virology (WIV) del Partido Comunista chino (PCCh), según un informe presentado por un USMC Major que trabaja con una beca en la Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada de Defensa (DARPA) del Departamento de Defensa.

El informe y sus documentos de respaldo fueron obtenidos por el medio de periodismo de investigación Project Veritas y fueron publicados el 10 de enero.

Veritas describe a DARPA como una "agencia del Departamento de Defensa de los EE. UU. a cargo de facilitar la investigación en tecnología con posibles aplicaciones militares".

Hay una propuesta de 45 páginas escrita por el ahora notorio Peter Daszak y su EcoHealth Alliance con sede en Nueva York en marzo de 2018 denominada Proyecto DEFUSE. La presentación es en respuesta a un anuncio de la agencia emitido por DARPA en enero de 2018 denominado PREEMPT, que significa Prevención de amenazas patógenas emergentes.

A primera vista, el programa PREEMPT de DARPA buscaba cortar de raíz las posibles amenazas pandémicas que podrían surgir de mutaciones de transmisión zoonótica [entre especies] latentes en poblaciones nativas de animales y ganado en diferentes partes del mundo antes de que los soldados estadounidenses se vieran afectados.

Daszak y EcoHealth están ampliamente vinculados no solo a la investigación de ganancia de función en el WIV, sino también a intentos falsos de encubrir y deslegitimar la teoría de que la pandemia de Covid-19, surgió como resultado de una fuga de laboratorio de las instalaciones del PCCh a las que están tan estrechamente vinculados.

En un resumen muy breve, el Proyecto DEFUSE de EcoHealth afirma que su propósito es crear una vacuna para los murciélagos que viven en las cuevas de la provincia china de Yunnan y que portan coronavirus del Síndrome Respiratorio

Agudo Severo (SARS, una clase de virus, como la influenza o el ébola) para el propósito de inducir anticuerpos adecuados que puedan prevenir la evolución de una mutación capaz de transmisión zoonótica al nivel del brote de SARS de 2003.

DEFUSE, por sí solo, no es del todo "noticia". En septiembre, The Intercept publicó la propuesta idéntica después de que fuera publicada por el seudónimo Equipo de Búsqueda Anónimo Radical Descentralizado que investiga Covid-19 (DRASTIC) en un artículo titulado Leaked Grant Proposal Details High-Risk Coronavirus Research (Una Propuesta de Subvención Filtrada Detalla la Investigación Sobre el Coronavirus de alto riesgo).

Si bien el artículo de The Intercept se centró principalmente en el proyecto en el contexto de la cuestión de si la investigación general de ganancia de función o un percance de laboratorio podrían haber contribuido o causado la pandemia, lo que es diferente de esta nueva investigación de Project Veritas es que se trata de un contundente y conclusión concreta con implicaciones significativas para la raza humana en 2022.

En una carta del 13 de agosto de 2021 escrita con membrete de DARPA por el USMC Major y DARPA Fellow Joseph Murphy dirigida al Inspector General del Departamento de Defensa, el Mayor abre sin ocultar nada.

"El SARS-CoV-2 es una vacuna de murciélago recombinante creada en Estados Unidos", afirma. "Fue creado por un programa de EcoHealth Alliance en el Instituto de Virología de Wuhan (WIV), como lo sugiere el informe que rodea la hipótesis de la fuga de laboratorio".

El programa al que se refiere es exactamente Project DEFUSE. Aunque DARPA rechazó la financiación de DEFUSE en un aviso de rechazo mordaz incluido en los documentos de Veritas, el programa fue financiado por Anthony Fauci y Francis Collins a través del NIAID y los NIH.

La página 4 de la propuesta del Proyecto DEFUSE de 2018 de Daszak describe un plan para implementar un refuerzo inmunitario específico, descrito como un proceso en el que su equipo "aplicaría proteínas de punta de SARS-CoV recombinantes quiméricas polivalentes en presencia de tratamientos de refuerzo inmunitario a gran escala para estimular la memoria inmunitaria y suprimir SARSr-CoV específicos".

DEFUSE planeó usar "un método de entrega novedoso" para administrar su vacuna a las cuevas de murciélagos de Yunan, porque los murciélagos son difíciles de inyectar con agujas, como "nanopartículas aplicadas transdérmicamente", "geles comestibles pegajosos" y "aerosolización a través de prototipos de rociadores".

Seguimos con más información para poner los pelos de punta:

El fenómeno de las emisiones de MAC de personas "vacunadas" contra la Covid es un hecho alarmante que demuestra una relación de causa y efecto, escribió

Corona2Inspect. Corona2Inspect ha realizado un breve vídeo para explicar cómo está sucediendo y cuáles podrían ser los posibles efectos.

Hay tres pruebas claras de que la micro o nanotecnología relacionada con la nanocomunicación está en las inyecciones contra Covid, explicó Mik Andersen de Corona2Inspect durante una entrevista con RichPlanet a principios de este año.

El primero es la detección de objetos rectangulares y cuadrangulares que responden a una morfología de micro o nano "bowtie antennae" o "bowties" de doble y cuádruple hoja , que se recogen explícitamente en la literatura científica en el contexto de las nano redes de comunicación inalámbricas intracorpóreas para dispositivos nanoelectrónicos.

La segunda evidencia es la detección de objetos con aparente circuitería circunscrita, con una importante similitud con los circuitos demux de nano routers , entre otros dispositivos aún no identificados, véanse las imágenes obtenidas por La Quinta Columna y el equipo de investigadores de Nueva Zelanda.

En tercer lugar, la ubicación de la evidencia gráfica del autoensamblaje epitexial basado en plantillas de ADN sintéticas o artificiales. Recientemente se ha obtenido una nueva prueba de autoensamblaje de ADN sintético y nanotecnología, encontrando una coincidencia exacta entre el tipo de cristales que se forman en las "vacunas", en comparación con los observados en la literatura científica sobre nanotecnología de ADN. Este último hallazgo está a punto de ser publicado y esperamos que acabe despejando cualquier duda al respecto.

Mik Andersen explicó además que las redes inalámbricas de nanocomunicación para nanodispositivos intracorpóreos tienen dos objetivos claros.

El primero es monitorear y recolectar datos sobre los parámetros, actividad o datos neurológicos, cardíacos y fisiológicos del individuo, facilitando su transmisión a servidores remotos y bases de datos, en Internet, para conformar el Big Data y su analítica a través de inteligencia artificial ("IA").

El segundo es interactuar con los individuos, especialmente en el apartado neural y la psique humana.

Mik Andersen también explicó que las direcciones MAC no están "siempre encendidas":

"Una persona 'vacunada' no siempre emite estas direcciones MAC, visibles a través del receptor Bluetooth del teléfono móvil. Esto está descrito en la literatura científica, específicamente en los protocolos de nanocomunicación inalámbrica DCCORONA y EECORONA. Como se ha indicado, uno de los problemas de las redes de nanocomunicaciones es la energía limitada que tienen para operar. Esto significa que no siempre están encendidos, funcionando o señalizando. Solo ocurre cuando reciben señales del exterior del cuerpo o cuando se recopila información que debe transmitirse".

Mik Andersen recomienda ver un documental en tres partes, 'Brain Jabbed', realizado por Richard Hall, presentador de RichPlanet TV, que explica muchos de los temas tratados en su entrevista con RichPlanet. La primera parte de Brain Jabbed se puede encontrar siguiendo este enlace.

En un video reciente, Mik Anderson resumió el fenómeno de las direcciones MAC. Qué podría estar causándolo, en qué consiste, qué implicaciones tiene para la persona y la sociedad, el papel de los protocolos MAC en la red y más.

Al final del vídeo se ha dedicado un apartado a especular sobre los posibles usos en base a los expuestos en la literatura científica y el contenido confirmado y revelado en "vacunas", grafeno y derivados.

Como los temas discutidos pueden ser complejos de entender para la mayoría de nosotros, se adjunta una copia de la transcripción del vídeo que puede resultar útil.

Es posible que alguien desee probar el fenómeno MAC por sí mismo usando su teléfono inteligente. Para que pueda hacerlo, en el artículo titulado: "Resumen del fenómeno MAC y la red intracorpórea de nano comunicaciones", Corona2Inspect proporciona las aplicaciones y los buscadores MAC OIU para comprobar si las direcciones MAC que detecta su teléfono pertenecen a algún fabricante de dispositivos electrónicos. Debajo de estas instrucciones, Corona2Inspect ha enumerado numerosos artículos científicos que puede utilizar para realizar investigaciones más profundas.

ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LAS "VACUNAS"

Una vez que ya con el presente informe ha quedado demostrado, punto por punto, que el discurso oficial sobre la "pandemia" no tiene ninguna justificación científica que lo avale; ahora vamos a demostrar, que legalmente también es difícilmente justificable. Utilizaré un documento de respuesta que la Junta de Castilla y León dio a un escrito de un médico con más de 20 años de experiencia, en el que informaba sobre presuntas irregularidades observadas en un centro de "vacunación", expuesto públicamente aquí. Para ello, utilizaré un documento redactado por la asociación Liberum, en el que se exponen una serie de puntos, que perfectamente sirven para el objetivo que nos ocupa. Únicamente expondré las conclusiones a las que llegan (para ver los pormenores legales, visionar el documento pinchando en el enlace):

- "La información clínica al paciente es un derecho de este último y una obligación a cargo de los profesionales sanitarios que le atienden, tal y como se recoge en las leyes sanitarias, más si se trata de la administración de un fármaco experimental (con autorización comercial condicionada) donde la información ha de ser mucho más exhaustiva que en el resto de actuaciones clínicas, y ha de formalizarse el consentimiento informado siempre por escrito".

- "Ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, o que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente (hipótesis que podría plantearse en algunos tratamientos farmacológicos con riesgos importantes asociados), además de la información clínica verbal, es inexcusable recabar el consentimiento informado por escrito".

- "La normativa sanitaria española y las resoluciones judiciales de nuestros Tribunales, atribuyen al médico, por encima de cualquier otro profesional, la responsabilidad principal en materia de información clínica a los pacientes y, expresamente, respecto de la información relativa a los tratamientos farmacológicos y su correspondiente seguimiento".

- "Los fármacos de origen biológico, y más concretamente de origen biológico humano, entre otros, son considerados en el vigente Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio «medicamentos de terapia avanzada», que han de estar sujetos a garantías sanitarias reforzadas en materia de seguridad y trazabilidad".

- "En algunos países de nuestro entorno (Francia, Reino Unido, Suiza, Australia) existe una preocupación especial por advertir a los pacientes de los teóricos riesgos de los productos de origen humano, hasta el punto de exigirse en determinados casos incluir dicha información en las fichas técnicas y prospectos de los medicamentos de esa naturaleza. De lo anterior se deriva que el médico prescriptor no debe ser ajeno a las circunstancias de este tipo de fármacos a la hora de valorar la actuación terapéutica más conveniente".

"Pues bien, es evidente que nada de lo anteriormente expuesto se está cumpliendo en la actualidad en relación a los fármacos de terapia génica para la Covid-19, puesto que ni los médicos están expidiendo la correspondiente receta, ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002". Dr. Francis Christian: "Se está violando el principio del consentimiento informado ante las 'vacunas'".

El Dr. Reiner Fuellmich, (abogado litigante conocido por haber demandado con éxito a grandes empresas como Volkswagen y Deutsche Bank), junto con un grupo de expertos de diferentes áreas, planea llevar ante la justicia a: gobiernos, autoridades sanitarias, laboratorios, médicos y a todos los involucrados en las medidas forzadas que se tomaron contra la pandemia (encierros, distanciamiento social, uso de mascarillas, "vacunación") y que causaron graves daños a millones de personas en todo el mundo.

Fuellmich explica que todos los gobiernos del mundo basaron sus decisiones de encerrar a la gente, de obligarlas a usar las mascarillas y

finalmente de vacunarlos; en los test PCR, que se han usado y usan, con una amplificación de entre 40 y 45, aún cuando el estándar aceptable es 24, dando lugar a un 97% de falsos positivos. Es decir, cuando se amplifica tantas veces el material, el test siempre da positivo porque detecta cualquier material como virus (1) (2). Según él, no existe la inmunidad cuando los fabricantes de las vacunas hacen daño a las personas conscientemente, es decir; aun sabiendo que estas vacunas experimentales (que él llama "terapia genética") no son seguras, se las han administrado a la gente (1) (2).

Por todo lo publicado en los medios de "comunicación", se podría pensar que a las compañías de las "vacunas" se les otorgó inmunidad como condición para lanzar su "vacuna" experimental. No obstante, la Corte Suprema de los Estados Unidos ha sostenido en el pasado que "el fraude vicia todo" y si estas compañías de sueros experimentales le dijeron al gobierno que su preparado era "seguro" cuando su propia lista de ingredientes dice lo contrario; entonces puede ser que esas empresas hayan cometido fraude y, el fraude vicia todo. Por lo tanto, tal vez un tribunal dictamine que esas compañías de "vacunas" NO tienen inmunidad, por mucho que algunos intenten taparlo.

Por supuesto, probar legalmente el fraude es algo difícil de hacer. Pero tal vez esto ayude: las empresas farmacéuticas están obligadas a poner un inserto en sus productos que enumere los ingredientes y todos los efectos secundarios conocidos, lo cual, para estas "vacunas", no se cumple ya que están en blanco.

Derechos

Algo que conviene tener muy presente, es que algunas actuaciones (1) (2) (3) (4); son de extrema gravedad para la naturaleza del ser humano y tremendamente graves desde un punto de vista legal (algunos incluso, llegan a cruzar otras líneas legales, muy peligrosas, que pueden tener nefastas consecuencias para la convivencia (1) (2 3). En nuestro país, existe una jerarquía normativa, en cuyo punto más alto, está la Constitución e inmediatamente debajo, los tratados internacionales (cuyo obligado cumplimiento, queda recogido en la propia Constitución) que a su vez, están justo por encima de cualquier ley orgánica.

La Constitución Española en su art. 9.3 establece que la Constitución garantiza el principio de jerarquía normativa. En el art. 1 del Código Civil también se acoge la jerarquía normativa, sobre todo en sus referencias a la prioridad de las fuentes del Derecho que deben aplicarse: así la ley tiene preferencia sobre la costumbre, y ambas sobre los principios generales del Derecho. En este precepto resulta especialmente valioso para el principio de jerarquía normativa, el art. 1.2 que establece: Carecerán de validez las disposiciones que contradigan una de rango superior. Concretamente en las actuaciones mencionadas, los detalles expresados VIOLAN dicha jerarquía normativa, también artículos de esos tratados-reglamentos y de leyes nacionales: el 6.2 de la Declaración Universal de Bioética y de Derechos Humanos, el art. 1 del Código de Nuremberg, el art 7.3.2. de la Resolución 2361 del Consejo Europeo, los art. 2.4 y 21.1 de la Ley del Paciente en su actualización de 05/06/21; y también, la protección de datos personales

(que es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), y la Ley de protección de datos (LOPDGDD). La normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre; su incumplimiento puede ocasionar a la persona (por ejemplo, al dueño de un local que pide el certificado de vacunación para permitir la entrada), una multa de hasta 600.000 €). CUALQUIER DISCRIMINACIÓN POR MOTIVO DE SER RENUENTE A LA VACUNACIÓN, VIOLA TODO LO EXPRESADO ANTERIORMENTE Y, CONSECUENTEMENTE, AL NO SER CONFORME A DERECHO, ES DENUNCIABLE. Hay dos claros ejemplos: el pasaporte Covid y la restricción de acceso a locales.

El pasaporte Covid entró en vigor el 1 de julio en los países miembros de la Unión Europea. Permite viajar sin restricciones a las personas que hayan completado su pauta de "vacunación" contra la Covid-19. Por contra, quienes todavía no estén vacunados, deben tener en cuenta los distintos requisitos para entrar a la región de destino, ya que no todos los Estados miembros siguen el semáforo comunitario y aplican sus propios criterios.

En los países al margen del marco comunitario es casi indispensable la presentación de un test que acredite no estar infectado días antes de llegar al lugar escogido. Existen excepciones, como Estonia o Rumanía, que catalogan a España como país "verde" y como un territorio con menos de 150 casos de incidencia, por lo que no es necesario presentar pruebas de ningún tipo.

En el caso de que se requieran, gran parte de los territorios admiten los test de antígenos, una medida más barata y rápida que las PCR, pero estas últimas siguen siendo las favoritas. De hecho, algunas regiones exigen una segunda prueba al llegar, como ocurre en Chipre. Finlandia, por su parte, realiza test gratuitos nada más aterrizar, aunque recomienda realizarse un test adicional 72 horas después.

En otros territorios, las personas que hayan superado la enfermedad podrán aportar un documento que lo acredite con un máximo de seis meses desde que se contrajo. De esta forma estarán exentos de presentar otro tipo de pruebas. En Hungría, un país que tiene muy restringido el turismo, solo se permite el acceso a aquellos que hayan sido positivos en el pasado.

El pasaporte podría parecer una medida enfocada a dinamizar el sector comercial de países con mayor poder económico, pero como se ha señalado, convergen en esta disposición varios posibles contextos de vulneración; por un lado **genera discriminación** al coartar la libre movilidad de las personas no vacunadas, violando los tratados internacionales mencionados anteriormente; y por otro, **viola la protección de los datos personales tanto de vacunados como de no vacunados**, que como hemos visto, es otro derecho fundamental de los seres humanos, que se encuentra ampliamente amparado, por los ámbitos jurídicos a lo largo del mundo.

El rechazo a los denominados "pasaportes epidemiológicos" o "certificados de inmunidad" ha sido generalizado desde diversos sectores y sobre la base de argumentos de variada naturaleza: médicos y científicos, éticos y jurídicos. Esta cartilla o pasaporte de este tipo implica una clara diferenciación entre quienes puedan contar con un certificado acreditativo de haber pasado la enfermedad o de no estar contagiados en un momento o período determinado, y quienes no puedan contar con el mismo por el mero hecho de no haber caído enfermos o no poder costearse la prueba, entre otros posibles motivos.

Desde el punto de vista jurídico-constitucional, las medidas que presumen un trato jurídico diferente de unos colectivos respecto a otros deben superar un triple canon de validez:

En primer lugar, **tenemos que determinar si la medida diferenciadora adoptada responde a una finalidad legítima**. El pasaporte Covid pretende, en primer término, distinguir entre quienes han pasado la enfermedad o, en su caso, cuentan con pruebas que acrediten no estar contagiados, por un lado, y quienes están enfermos, no la han sufrido aún o no cuentan con tales pruebas concluyentes, por otro lado. A partir de esa clasificación, se trataría de permitir a los primeros una vuelta a la normalidad de sus actividades recuperando el pleno ejercicio de sus derechos de movilidad (junto a otros asociados a ésta) y, con ello, contribuir a la reactivación económica; mientras los segundos mantendrían restringida su movilidad y otros derechos por razones de salud pública. Reactivar la economía y velar por la salud pública son, en principio, legítimas atribuibles a la idea del pasaporte Covid.

En segundo lugar, la medida cuestionada **ha de ser idónea o adecuada al fin perseguido**. En este punto ya vemos más obstáculos para su cumplimiento. **El limitado conocimiento que tiene la ciencia sobre el supuesto virus SARS-CoV-2 y la enfermedad que desencadena (Covid-19), no permite afirmar con suficiente certeza algunos de los presupuestos que la medida de la cartilla Covid toma como esenciales. Así, como ha quedado demostrado, no cabe atribuir inmunidad permanente a quienes han sido vacunados, se ha demostrado la escasa efectividad de esas "vacunas", lo cual, hace posibles nuevos contagios (que también ha quedado demostrado que suceden); por otro lado, también se ha constatado que la fiabilidad de los PCR que se vienen realizando, ni de lejos, es suficiente para garantizar una fiable identificación de personas contagiadas o no. Atendiendo a todo esto, es imposible justificar medidas de levantamiento parcial de las restricciones a las personas supuestamente inmunes a partir de un pasaporte o certificado epidemiológico**. En consecuencia, y desde este punto de vista, podría concluirse que tales pasaportes o certificados no son en sí mismas medidas antijurídicas pero, para el caso concreto de la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 y ante el estado actual de la pandemia y del conocimiento científico sobre la misma, resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue. Sencillamente, un pasaporte Covid, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.

Para finalizar, toda medida que suponga un trato jurídico diferenciado **debe resultar proporcional en sus efectos o resultados, de forma que éstos superen o compensen los costes que genera**. Dichos costes se cifran en el grado de afectación que otros derechos o bienes jurídicos sufren como consecuencia de la medida adoptada. El pasaporte Covid incide, en primer lugar, en el derecho a la libre circulación de quienes no tengan acceso al mismo y, sobre la base de ello, en todos los demás derechos fundamentales que necesitan de la libertad de movimientos para su ejercicio efectivo: celebrar reuniones familiares, participar en reuniones o manifestaciones, asistir a clases, abrir el propio negocio, entre otros muchos ejemplos. En segundo lugar, la expedición y posterior uso del pasaporte Covid tiene incidencia directa sobre la intimidad personal, en relación a los datos relativos a la salud de las personas, de forma que el pleno ejercicio de muchos derechos quedaría condicionado a la revelación de esos datos tan sensibles. Y finalmente, la cartilla Covid tiene un impacto de alcance transversal sobre todos los derechos que directa o indirectamente se vean afectados por la misma: la diferencia de trato jurídico que establece atiende a una cualidad personal, el estado de salud, que puede considerarse discriminatoria en determinados contextos en que no estaría justificado distinguir entre las personas con base en dicho argumento. **En definitiva, la expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo**.

Para que supuestamente no haya discriminación, el pasaporte Covid, como hemos visto, no es un requisito indispensable para viajar, te dan otras opciones; el problema es que **sí existe una discriminación clara de firma indirecta. El pasaporte es gratuito y tiene una validez de un año y si no estás vacunado o no has pasado la enfermedad, se te obliga a hacerte un test PCR o test de antígenos, cada vez que vayas a viajar y, esos test, los pagas tú. Es una coacción indirecta para que te "vacunes" y una clarísima forma de discriminación, violando todos los tratados internacionales anteriormente citados.**

El ministro de Sanidad israelí, Nitzan Horowitz, admitió que los pasaportes de "vacunación" tenían como principal objetivo coaccionar a las personas para que se "vacunen". "La imposición de las normas de pasaporte verde en determinados lugares es necesaria para presionar al público a que se 'vacune', no por razones médicas".

En el caso de la persona que nos prohíbe entrar a un local, esa denuncia se puede hacer por tres causas diferentes: DISCRIMINACIÓN, INCUMPLIMIENTO DE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y POR UN POSIBLE DELITO DE INCITACIÓN AL ODIO:

Discriminación

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

TÍTULO XXI.

DELITOS CONTRA LA CONSTITUCIÓN. CAPÍTULO IV.

DE LOS DELITOS RELATIVOS AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y LIBERTADES PÚBLICAS

SECCIÓN 1. De los delitos cometidos con ocasión del ejercicio de los derechos fundamentales y de las libertades públicas garantizados por la Constitución.

Artículo 510.

1. Los que provocaren a la discriminación, al odio o a la violencia contra grupos o asociaciones, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía, serán castigados con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. Serán castigados con la misma pena los que, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, difundieren informaciones injuriosas sobre grupos o asociaciones en relación a su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía.

Artículo 511.

1. Incurrirá en la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años el particular encargado de un servicio público que deniegue a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

2. Las mismas penas serán aplicables cuando los hechos se cometan contra una asociación, fundación, sociedad o corporación o contra sus miembros por razón de su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros o de alguno de ellos a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

3. Los funcionarios públicos que cometan alguno de los hechos previstos en este artículo, incurrirán en las mismas penas en su mitad superior y en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de dos a cuatro años.

Artículo 512.

Los que en el ejercicio de sus actividades profesionales o empresariales denegaren a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo,

orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía, incurrirán en la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión, oficio, industria o comercio, por un período de uno a cuatro años.

Derecho de admisión

Los dueños de algunos locales, hacen referencia a que legalmente, pueden negar la entrada a su local, en base al derecho de admisión en relación al estado de vacunación de la persona que desea entrar. Vamos a ver si tienen razón, analicemos los pormenores legales de ese derecho:

Se define en nuestro ordenamiento jurídico como la "…facultad que tienen los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos para determinar las condiciones de acceso y permanencia en los mismos, dentro de los límites establecidos legal y reglamentariamente…".

Tales límites se regulan, en la legislación estatal, en el Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas. Por su parte, todas las Comunidades Autónomas (excepto Cantabria) han aprobado Leyes específicas (o como en el caso de Galicia, Decreto) sobre las normas de funcionamiento de establecimientos públicos, espectáculos públicos y actividades recreativas, entre las que se incluye, más o menos pormenorizada, la regulación del derecho de admisión.

Como señala la Sentencia de la Sección 7ª, de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, de 2 de julio de 2001 (Rec: 7405/1996; Ponente: Ramón Trillo Torres) esta normativa está orientada a preservar muy especialmente el orden público y la seguridad ciudadana. De ahí que las nefastas consecuencias de inaplicar la normativa vigente, o la aplicación arbitraria o negligente de la misma –como sucedió en los casos del Madrid Arena o de la muerte de un joven por la paliza de un portero en una discoteca madrileña–, generen una justificadísima alarma social que, como en este último caso mencionado, pueden terminar por modificar la regulación.

La jurisprudencia ha aclarado que "… las condiciones y requisitos (del derecho de admisión) están referidos siempre al titular del establecimiento…, siendo los usuarios y consumidores titulares del derecho de acceso, no del de admisión…"

Aclarado este punto, la normativa vigente señala que es el titular del establecimiento público, espectáculo público o actividad recreativa quien está habilitado para ejercerlo directamente, si bien también puede ejercerse por el personal acreditado como servicio de admisión (que actuará bajo la dependencia del titular). El personal acreditado desempeñará el servicio de admisión en exclusiva, no portará armas de ningún tipo y deberá informar inmediatamente al personal encargado de la seguridad privada (esto es, vigilantes de seguridad, si los hubiere) o, en su defecto, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en caso de alteraciones del orden en los accesos, o en el interior de los establecimientos o recintos

Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Se prevé, además, la obligación de los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas o establecimientos públicos de adoptar las medidas necesarias para facilitar el acceso y permanencia de las personas con discapacidad.

La casuística jurisprudencial ha permitido concretar estos principios generales. Así, la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la AP de Alicante (Rec: 184/1997; Ponente: Carmen Paloma GONZÁLEZ PASTOR) condenó al portero de un pub que denegó la entrada a dos personas de raza negra por el delito del art. 512 del Código Penal (relativo al ejercicio de los derechos fundamentales y libertades públicas)7, mientras que absolvió al gerente del mismo, porque "… no ha resultado acreditado que transmitiera orden alguna al portero acerca de la prohibición de entrada en el pub de personas de color …".

Por su parte, la Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009, (Rec: 377/2007; Ponente: Juan María JIMÉNEZ JIMÉNEZ) declaró que no puede limitarse la entrada de público mayor de edad en aras de la libertad de empresa y que, por tanto, debe prevalecer el derecho a la igualdad frente a aquélla. Como señala la Sentencia, "…ninguna razón justifica que en base a un mero criterio organizador de clientes del empresario, se justifique la exclusión de un establecimiento abierto al público, de un segmento o grupo de consumidores por la mera razón de su edad. Exclusión que solo se justifica cuando se trata de los menores de edad…".

La AP de Oviedo, en Sentencia nº 370, de la Sección 2ª de la Sala de lo penal, de 13 de noviembre de 2000 (Rec: 329/2000; Ponente: Antonio LANZOS ROBLES) estimó el Recurso de Apelación y condenó a la empleada de un supermercado como autora criminalmente responsable de una falta de vejación injusta, al prohibir la entrada en el supermercado a la denunciante, que empujaba la silla en la que llevaba a su hijo minusválido menor de edad8, y permitir, a continuación, la entrada de un minusválido adulto en su silla de ruedas.

Siempre que se respeten los principios generales mencionados para el ejercicio del derecho de admisión, cada establecimiento concreto puede aplicar condiciones particulares de admisión, sobre las que pesa la exigencia de aprobación del órgano autonómico competente y de publicidad. En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA FERRER-CALBETÓ) señala que "… han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos…".

En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA

FERRER-CALBETÓ) señala que "… han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos…".

Esta obligación de publicidad de las condiciones particulares de admisión es, justamente, la que permite el ejercicio legítimo de este derecho, pues el artículo 59 del RD 2816/1982, en relación con "… los espectadores, asistentes y el público en general…", determina que "… el público no podrá … entrar en el recinto o local sin cumplir los requisitos a los que la Empresa tuviese condicionado el derecho de admisión, a través de su publicidad o mediante carteles, bien visibles, colocados en los lugares de acceso, haciendo constar claramente tales requisitos.

Si no existe esta publicidad, se entenderá que no hay ninguna limitación específica, por lo que no basta con solamente tener el cartel que pone reservado el derecho de admisión sino que tiene que aparecer visiblemente las condiciones de entrada. No obstante, las personas consumidoras o usuarias de los establecimientos que consideren que el ejercicio del derecho de admisión o las condiciones de acceso, tal como están previstas o les han sido aplicadas, no son conformes a lo previsto en el reglamento, aparte de solicitar una hoja de reclamación en el establecimiento, podrán formular denuncia o reclamación ante la administración competente para sancionar o ante la vía jurisdiccional procedente.

En este sentido, la Sentencia de la Sección 6ª de la Sala tercera del Tribunal Supremo, de 21 de abril de 1994 (Rec: 6910/1991; Ponente: José María SÁNCHEZ ANDRADE Y SAL), justificó la denegación de acceso a una sala de baile "… por no observar la obligación impuesta a los clientes de esta clase de empresas, en el art. 21 Decreto 231/65, …"11, "… dado que –como en caso análogo al que resuelve la sentencia apelada–, ha declarado el Tribunal Constitucional en Sentencia de 14 junio 1985, la prohibición de acceso a un casino –e igual podría decirse de una Sala de Baile–", "se trata de una decisión adoptada por terceros particulares, sobre la base de suposiciones fundadas de las que no cabe decir que por sí misma vulnere el principio de igualdad, ya que constituye una actividad protectora de los intereses de la propia entidad privada". Por su parte, la Sentencia nº 1268, de la Sección 9ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Madrid (Rec: 727/1997; Ponente: Juan Miguel MASSIGOGE BENEGIU) confirmó la sanción pecuniaria impuesta al titular de un establecimiento por haber denegado la entrada a una cliente vestida con traje de novia. La Sala considera acreditado que se le negó el acceso sin que constara cartel en la puerta reservándose el derecho de admisión, ni se le presentara documento con las condiciones para ser admitido.

La actual regulación prevé expresamente las situaciones en las que debe impedirse el acceso (y la permanencia de personas) a establecimientos y espectáculos públicos, y actividades recreativas, sistematizando los supuestos previstos tanto en la normativa estatal como en la autonómica. Dichas situaciones serían las siguientes:

1) Cuando el aforo establecido esté completo, razón por la cual los establecimientos tienen la obligación de colocar en la entrada un rótulo indicativo del aforo máximo permitido. Cuando se haya cumplido el horario de cierre del local.

2) Cuando el espectáculo o actividad recreativa haya comenzado, de acuerdo con sus condiciones específicas.

3) Cuando quien pretenda acceder al espectáculo público, actividad recreativa o establecimiento público se encuentre en alguna de las siguientes circunstancias, o manifieste alguno de los siguientes comportamientos:

- Carecer de la edad exigida.

- Consumir drogas u otras sustancias estupefacientes, o mostrar síntomas de haberlas consumido, así como dar signos evidentes de embriaguez.

- Dificultar el desarrollo del espectáculo o actividad, o bien el funcionamiento normal del establecimiento.

- Manifestar actitudes violentas o comportamientos agresivos, provocar altercados o llevar símbolos que inciten a la violencia, el racismo o la xenofobia; portar armas y otros objetos susceptibles de ser utilizados como tales, salvo que, de conformidad con la normativa específica aplicable, se trate de miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o de escoltas privados integrados en empresas de seguridad privada, y accedan al establecimiento en el ejercicio de sus funciones; poner en peligro o causar molestias a otros espectadores o usuarios.

Como puede apreciarse, todas ellas responden a la necesidad de proteger la juventud e infancia y preservar el orden público y seguridad ciudadana. Razón por la cual la jurisprudencia considera que existe infracción administrativa por la mera constatación de los hechos, aplicando en este punto el principio general administrativo de presunción de veracidad de las actas policiales, independientemente de la falta de intencionalidad del titular del establecimiento, y desechando que tal sanción administrativa implique la aplicación de una supuesta responsabilidad objetiva.

Si no se acredita la existencia de ninguna de estas circunstancias que obligan a prohibir la entrada y permanencia en un establecimiento o espectáculo público, o a una actividad recreativa, no estaría justificado denegar el acceso a los mismos. En este sentido, la Sentencia nº 127, de la Sección 10ª del TSJ de Madrid, de 7 de febrero de 2013 (Rec: 947/2012; Ponente: Emilia Teresa DÍAZ FERNÁNDEZ) confirmó la sanción impuesta a un establecimiento de ocio por denegar el acceso a su zona de nieve a un ciudadano "…porque así se ha ordenado y grabado en la base de datos del centro…sin facilitar ningún dato de los motivos por los que se deniega la entrada…". Motivo

por el cual la STSJ entiende "… que ha existido una vulneración del derecho de acceso o admisión,…

El incumplimiento por el titular del establecimiento público o de la persona física o jurídica que organice el espectáculo público o actividad recreativa, de las obligaciones que le impone la normativa, conlleva, asimismo, la declaración de responsabilidad civil subsidiaria en el caso de que se produzca algún ilícito penal.

En Canarias, **el derecho de admisión se encuentra recogido en el Decreto 86/2013, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de actividades clasificadas y espectáculos públicos y en su artículo 47**, viene definido el derecho de admisión como la facultad que tienen las personas titulares de los establecimientos que sirven de soporte a la realización de actividades musicales, de restauración o de juego y apuestas y la persona promotora u organizadora del espectáculo público, de determinar las condiciones de acceso. **El ejercicio del derecho de admisión no puede comportar, en ningún caso, discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, discapacidad, orientación sexual, identidad de género las personas o cualquier otra condición o circunstancia personal o social de usuarias de los establecimientos y de los espacios abiertos al público, tanto en lo referente a las condiciones de acceso como a la permanencia en los establecimientos y al uso y disfrute de los servicios que prestan.**

Las condiciones de acceso sobre las que se tiene que regir el titular del derecho de admisión, deben ser concretas y objetivas y en ningún caso pueden ser arbitrarias, ni improcedentes, ni basarse en criterios discriminatorios que puedan producir indefensión a las personas usuarias o consumidoras. Tampoco pueden ser contrarias a las costumbres vigentes de la sociedad.

A modo de resumen:

El derecho de admisión se configura como una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color (como declaró la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Alicante), a personas mayores de edad (en este sentido, Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009), o a minusválidos (así, la Sentencia de la AP de Oviedo nº 370, de la Sección de la Sala de lo Penal, de 13 de noviembre de 2000). Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un

establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.

Siempre que se respete el límite del artículo 14 de la CE, la legislación permite la aplicación de normas específicas de admisión en cada establecimiento o espectáculo, sujetas, en todo caso, a visado y aprobación, bien por el órgano competente en materia de espectáculos de la comunidad autónoma (como establecen las leyes de Aragón, Cataluña y Murcia), bien por el órgano competente para otorgar las preceptivas autorizaciones o licencia (como establece la ley de Andalucía).El ejercicio legítimo del derecho de admisión sobre la base de normas particulares exige, asimismo, su publicidad, en concreto, en un lugar perfectamente visible y en un cartel legible para los usuarios, clientes o espectadores. Con ello se garantiza que tales normas específicas respondan a criterios de objetividad, es decir, que respeten los límites constitucionales y legales.

El incumplimiento de los requisitos legales para el ejercicio legítimo del derecho de admisión implica la comisión de una infracción administrativa, sancionada con multa cuyo importe se fija por la normativa autonómica aplicable. Las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado actuarán a requerimiento del usuario, cliente o espectador que denuncie la práctica abusiva o discriminatoria del derecho de admisión, iniciándose un procedimiento administrativo sancionador que terminará con la imposición, en su caso, de alguna de las sanciones previstas en la regulación autonómica al efecto. Ello sin perjuicio de que, en los casos más graves, se pueda declarar la responsabilidad civil subsidiaria del titular del establecimiento, espectáculo público o actividad recreativa.

Discriminación en el ámbito laboral

La acreditación de una supuesta inmunidad ha empezado a introducirse como factor distorsionante en los procesos de búsqueda de empleo, selección de personal y contratación. Incluso muchos demandantes de empleo incluyen en sus currículums el dato relativo a su inmunidad tras haber superado la enfermedad o su estado de vacunación, pudiendo los empresarios tomar dichos datos de salud como criterio decisivo para la contratación de personal.

En primer lugar, se debe destacar que una persona no está obligada a responder a determinadas preguntas en una entrevista de trabajo, por lo que los profesionales de Recursos Humanos y los altos cargos de las diferentes compañías deben ser conscientes de que, al realizar cierto tipo de preguntas o exigir test y certificados de haber pasado una determinada enfermedad, estarían vulnerando el derecho a la intimidad de la persona e irían en contra de la Ley Orgánica de Protección de Datos y del artículo 14 de la Constitución española.

Sin embargo, hay quien argumenta que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación por parte del empresario de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores que están a su servicio; si bien es cierto

que esto no significa que se pueda exigir la vacunación o la realización de una de las pruebas para detectar la enfermedad.

Sí se podrá, y de hecho sería lo recomendable, poner a disposición de los empleados este tipo de pruebas del mismo modo que se hace con otro tipo de reconocimientos médicos; además, sería fundamental ofrecer en las compañías todo tipo de productos y equipos de prevención (mascarillas, gel hidroalcohólico, guantes, termómetros…).

De la misma forma, y con la finalidad de luchar contra esta pandemia, considero que es muy importante que, desde el ámbito laboral, se trate de concienciar al personal sobre la necesidad de continuar con las medidas de protección y prevención; insistiendo en el hecho de que una persona vacunada sigue siendo susceptible de infectarse y de contagiar a los demás.

Como sabemos, nuestra normativa laboral prohíbe la discriminación directa o indirecta para el empleo por muy diversas razones. Entre tales razones no se contempla expresamente ni la enfermedad ni la salud.

Entre las causas de discriminación prohibidas por nuestra legislación laboral se encuentran otras que pueden verse afectadas por la práctica de requerir el llamado pasaporte Covid para optar a un empleo. Podemos indicar, en primer lugar, la condición social, por el efecto condicionante que tendría el coste de la prueba y la correspondiente cartilla para aquellos que no puedan justificar acudir al servicio público de salud y tengan que procurársela por cauces privados. En segundo lugar, la información que procura acreditar el pasaporte Covid (fundamentalmente, haber superado la enfermedad y ser inmune, supuestamente, a ella) plantea un peculiar encaje en las causas de discriminación apuntadas. Lo paradójico de la eventual exigencia de un pasaporte de inmunidad para ser contratado es que el hecho de no haber pasado la enfermedad, esto es, el hecho de estar y haber estado sano, se revelaría como un factor de salud discapacitante a los ojos del empresario contratante, que nada tiene que ver con los requerimientos técnicos o de cualificación de la labor a desarrollar. Y consiguientemente, el hecho de haber enfermado y, afortunadamente, superar la enfermedad aparece como una ventaja competitiva en el difícil trance de la búsqueda de empleo. Por lo tanto, podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo.

Podemos dar un paso más allá, mucho más dantesco. El demandante de empleo puede llegar a considerar como asumible el riesgo de contagiarse deliberadamente para, una vez superada la enfermedad y obtenida su cartilla Covid, tener más opciones de ser contratado.

Además, si lo vemos desde una óptica empresarial, este pasaporte Covid garantizaría al empresario un ahorro de los costes asociados a las ausencias y bajas laborales relacionadas con el Covid-19 (donde se incluyen no sólo el contagio sino también los períodos de aislamientos preventivos derivados del contagio de contactos estrechos de un trabajador).

Por lo tanto, es más que palpable que el hecho de no haber pasado una enfermedad a la que están expuestas todas las personas no podemos aceptarlo como un criterio válido determinante de la aptitud para desempeñar un empleo y, por tanto, de diferenciación entre candidatos aptos y no aptos. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio. Piénsese que una persona que no ha pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, y que quizá nunca resulte contagiada, quedaría sistemáticamente excluida del acceso a todo tipo de empleo por un mero cálculo de riesgos empresarial.

La consecuencia de requerir la acreditación de inmunidad, que supone haber pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, es considerar faltos de aptitud para el trabajo a aquellos que nunca se han contagiado; circunstancia ésta (estar y haber estado sano) que en ningún caso puede justificar una discriminación en el acceso al empleo.

La Agencia Española de Protección de datos, ya ha hecho una advertencia muy clara en el caso de solicitud de datos sanitarios personales a candidatos que optan a un puesto de trabajo (perfectamente, se puede hacer extensivo al certificado Covid). Estas prácticas, según la AEPD, constituyen una vulneración de la normativa de protección de datos aplicable. Añaden que este tipo de información es un dato personal relativo a la salud, que el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) califica de categoría especial en su artículo 9, por lo que su recogida y utilización por la posible empresa empleadora está sujeta a la normativa de protección de datos, fundamentalmente el citado RGPD y la Ley Orgánica de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD), que resultan plenamente aplicables.

Incitación al odio

Como concepto, se persigue la conducta de alguien que promueva, ya sea de manera directa o indirecta, el odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte de dicho grupo o contra una persona determinada.

Es importante hacer mención que los casos de incitación al odio están muy tasados, es decir, que se deben cumplir una serie de supuestos muy concretos para que podamos hablar de este tipo de delito.

Estas razones para la incitación al odio serán:

- Racistas

- Antisemitas
- Ideológicas
- Religiosas o creencias
- Situación familiar
- De contenido o identidad sexual
- De género
- Enfermedad o discapacidad

Junto con estos requisitos debe cumplirse también el hecho de que se cree una situación de violencia, hostilidad o discriminación contra ese grupo determinado.

Cuando hablamos del tipo básico, la pena puede ser de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses (Artículo 510.1 del Código Penal).

"Serán castigados con una pena de prisión de uno a cuatro años y multa de seis a doce meses:

a) Quienes públicamente fomenten, promuevan o inciten directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

b) Quienes produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para fomentar, promover, o incitar directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

c) Públicamente nieguen, trivialicen gravemente o enaltezcan los delitos de genocidio, de lesa humanidad o contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, o enaltezcan a sus autores, cuando se hubieran cometido contra un grupo o una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia al mismo, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, la situación familiar o la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, cuando de este modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mismos".

Ahora bien, si hablamos del subtipo atenuado, la pena puede ser de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses (Artículo 510.2 del Código Penal):

"Serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses:

a) Quienes lesionen la dignidad de las personas mediante acciones que entrañen humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos a que se refiere el apartado anterior, o de una parte de los mismos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a ellos por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para lesionar la dignidad de las personas por representar una grave humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos mencionados, de una parte de ellos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a los mismos.

b) Quienes enaltezcan o justifiquen por cualquier medio de expresión pública o de difusión los delitos que hubieran sido cometidos contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o a quienes hayan participado en su ejecución.

Los hechos serán castigados con una pena de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses cuando de ese modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mencionados grupos.

Otros dos aspectos que implican restricciones o directamente, la supresión de derechos fundamentales y que son inherentes al discurso oficial de la "pandemia", son: el toque de queda y el uso de mascarillas.

Toque de queda

La libertad de movimiento, es un derecho recogido en la Constitución, concretamente en su art. 19:

En mayo de 2019, el Tribunal Constitucional dictaba por unanimidad una sentencia por la cual se declaraba inconstitucional un precepto incorporado en la Ley Orgánica de Régimen Electoral General. El precepto limitaba el derecho fundamental a la protección de datos; pero lo hacía de manera genérica: no especificaba el interés público esencial que permitiría la limitación, no establecía

pormenorizadamente las restricciones posibles del derecho y no establecía las garantías adecuadas (sentencia 76/2019, de 22 de mayo, fundamentos jurídicos 7 y 8).

Según jurisprudencia constitucional consolidada, los derechos fundamentales son los que se ejercen frente a los poderes públicos. No son absolutos. Pero para que un Gobierno pueda restringirlos tiene que ampararse en una ley orgánica que se lo permita; aunque no de manera genérica. El precepto de la ley orgánica debe especificar el derecho a limitar, el interés público esencial que permite hacerlo y las condiciones y garantías de la limitación. Básicamente, es lo que el Tribunal Constitucional ha entendido por "respetar el contenido esencial del derecho" exigido por el artículo 53.1 de la Constitución. Además, una vez que el Gobierno tome la medida restrictiva en amparo de esta legislación se podrá juzgar, a su vez, su proporcionalidad: si la acción limitadora es útil, necesaria y proporcionada. Así es cuando, por ejemplo, el Ejecutivo limita el derecho fundamental de manifestación al cambiar su itinerario o cuando restringe el derecho de huelga al establecer los servicios mínimos.

Son, en definitiva, dos pasos; pero el segundo no cabe sin el primero. No podemos entrar a juzgar la proporcionalidad de una medida gubernamental limitadora de derechos fundamentales sin el amparo previo de una ley orgánica que permita específicamente la restricción. La medida gubernamental limitadora de derechos fundamentales sin amparo específico en ley orgánica es inconstitucional; aunque sea justificada.

La Ley Orgánica de Medidas Sanitarias de 1986 prevé, en su artículo tercero, que "con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria (…) podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible". Ni se especifica el derecho fundamental que puede ser restringido por esas autoridades sanitarias ni, por supuesto, las condiciones y garantías de esa limitación.

Por tanto, esa remisión genérica a las "medidas oportunas" en absoluto cumple con los requisitos para permitir una acción gubernamental de limitación de derechos generalizada. En todo caso, permitirá una restricción de derechos a personas individualizadas con la consiguiente autorización judicial (artículo 8.6 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa).

Hoy por hoy, la única legislación que especifica la limitación de la libertad de circulación con las consiguientes condiciones y garantías es la Ley Orgánica de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio. Tenía razón el Gobierno al señalar que sólo al amparo de dicha ley, un Ejecutivo puede limitar de manera generalizada la libertad de circulación. También tienen razón la Fiscalía y la jueza de Lleida al denegar el confinamiento decretado por el Govern. Ni el 'Govern' puede limitar la libertad de circulación, ni el Gobierno gallego o el vasco podían prohibir otro derecho fundamental, el del voto. Aunque tanto el Ejecutivo catalán, como el

gallego o el vasco, justifiquen esta medida. Y aunque todos podamos pensar que está justificada.

Justificar limitaciones de derechos fundamentales sin amparo legal rompe con la base de nuestro Estado constitucional de Derecho. Pensar que nuestros gobiernos nos protegerán sin necesidad de los controles establecidos hasta ahora es desconocer nuestra propia naturaleza. Es Importante que salgamos cuanto antes de esa ilusión halagadora y exijamos que las limitaciones de derechos se hagan conforme a nuestro sistema constitucional. El miedo no lo justifica todo.

Tras la finalización del estado de alarma, muchos gobiernos autonómicos intentaron mantener restricciones de derechos, como el de libertad de movimiento, mediante los toques de queda; no obstante, tal posibilidad fue impedida en primer lugar por los TSJ de las CCAA y luego por el Tribunal Supremo, tras los recursos de los gobiernos de esas CCAA. Por ejemplo, para el caso de Baleares, la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, consideró que **medidas restrictivas tan severas y extensas como el toque de queda o el máximo de personas en las reuniones familiares y sociales pueden adoptarse al amparo de la Ley Orgánica 3/1986 (artículo 3) siempre que "la justificación sustantiva de las medidas sanitarias, a la vista de las circunstancias específicas del caso, esté a la altura de la intensidad y la extensión de la restricción de derechos fundamentales de que se trate**".

El alto Tribunal ha considerado que no procede autorizar estas medidas basándose únicamente en principios de prudencia, entendiendo que no quedan suficientemente justificadas las restricciones acordadas por el Consell de Govern. "No se ha justificado que la adopción de unas medidas tan intensas y severas resulten indispensables".

El Supremo avisa que **este tipo de medidas restrictivas de derechos adoptadas por las comunidades autónomas una vez levantado el estado de alarma, por ser tan severas y extensivas, requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica.**

La sentencia explica que **la única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.** No obstante, el TS ignora las garantías formales que la Constitución ofrece frente a la limitación de los derechos fundamentales y considera que una norma general dictada por un gobierno regional es suficiente si ofrece una «justificación» material.

Esta sugerencia aparece en dos de las resoluciones dictadas por el Tribunal Supremo en relación con las restricciones por Covid-19 una vez se ha levantado

el estado de alarma, pese a que ambas coinciden en validar, en términos generales, que la Ley de 1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública puede servir para limitar algunos derechos fundamentales en relación con la situación sanitaria. No obstante, los magistrados exigen una justificación por parte de los gobiernos autonómicos que "esté a la altura de la intensidad y la extensión" de las restricciones que se acuerden.

Estas premisas ya se incluían en la resolución del pasado 11 de mayo que rechazó el recurso del Gobierno Canarias contra la decisión del Tribunal Superior de Justicia de no validar el cierre perimetral de las islas. En ambas se alude además a la conveniencia de contar con una ley específica para afrontar la pandemia que logra "la máxima seguridad jurídica".

Dicho de otra forma, **cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada.**

El sistema constitucional configuró una garantía normativo-formal en virtud de la cual las limitaciones de los derechos fundamentales sólo podían introducirse a través de un instrumento cualificado de las Cortes Generales, la ley orgánica y una garantía procesal consistente en un recurso de amparo de naturaleza reparadora, y no preventiva. Con la expresión de la buena intención de luchar contra la difusión del coronavirus al margen de la declaración del estado de alarma, en un clima de miedo en gran parte de la población, muchos gobiernos autonómicos se apresuraron en el segundo semestre de 2020 a dictar normas restrictivas para, supuestamente, frenar el virus. La intención, confesada, de los gobiernos autonómicos de introducir profundas limitaciones en los derechos fundamentales lejos de ser cortada de raíz intentó ser moderada con la intervención del poder judicial en la fase de aprobación de las medidas atribuyéndole la competencia de «autorizar» tales restricciones con resultados claramente decepcionantes en términos de defensa de los derechos fundamentales. Ante la previsible profusión de normas autonómicas restrictivas de derechos fundamentales tras el segundo estado de alarma nacional se intentó introducir una armonización de las normas autonómicas restrictivas de derechos creando un peculiar recurso ante el Tribunal Supremo frente a las decisiones de los Tribunales Superiores de Justicia de las comunidades autónomas. Las resoluciones del Tribunal Supremo en el ejercicio de esta nueva competencia, sin embargo, han avalado la degradación de las garantías normativo-formales de los derechos fundamentales. La ley orgánica como instrumento cualificado para introducir limitaciones de derechos fundamentales ha quedado así marginada, consagrándose la posibilidad de que las mismas puedan ser aprobadas por un ejecutivo autonómico. No podríamos aplicar el adagio «hard cases make bad law» porque ni siquiera hay «cases». Quizá cuadre mejor la canción mexicana: «buenas intenciones, malas decisiones»

Por otro lado, tenemos la sentencia del Tribunal Constitucional, con respecto al estado de alarma:

La sentencia sostiene que esa "altísima intensidad" en la restricción de derechos llevó de hecho a su suspensión, lo cual "excede lo que la ley orgánica permite" para los estados de alarma, que es una "limitación" de derechos. No hubo una limitación de derechos fundamentales, sino un "vaciamiento". El fallo lo explica afirmando que, "a menos que se quiera despojar de significado sustantivo alguno al término 'suspensión', parece difícil negar que una norma que prohíbe circular a todas las personas, por cualquier sitio y en cualquier momento, salvo en los casos expresamente considerados como justificados, supone un vaciamiento de hecho o, si se quiere, una suspensión del derecho, proscritos como se ha reiterado ya en el estado de alarma.

Explica la sentencia que si el problema no solo es sanitario, sino "de orden público" generado, implica una "grave alteración" que "podría legitimar la declaración del estado de excepción"

Dicho de otra forma, solo con el estado de excepción, se pondrían suspender derechos fundamentales, que es lo que intentan hacer algunas CC.AA. y lo que sí consiguió hacer el Gobierno de España, evidentemente, de forma ilegal.

Hace poco de más de un mes de la sentencia del Supremo y menos de una semana, de la sentencia del Constitucional y los TSJ de muchas CC.AA., han cambiado su criterio con respecto a esas restricciones, supuestamente, por un aumento del número de contagios como justificación. Como sabemos, esos supuestos contagios, han sido diagnosticados con un test PCR y sabemos, porque ha quedado demostrado, que no se pueden utilizar para diagnosticar, es decir, que no cumplen con los requisitos especificados en la sentencia del Supremo y, por tanto, no son conformes a derecho.

Uso de mascarillas

Sin contar con los graves efectos que pueden producir en la salud de las personas y, especialmente, en los niños (ya han sido desarrollados en el presente trabajo); vamos a tratar el tema, desde un punto de vista legal, exclusivamente.

En la Constitución hay varios artículos importantes a este respecto:

art.15. "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

Vulneración del derecho a la integridad física y moral

art.18. "Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen."

Vulneración del derecho al honor y la propia imagen

art. 17 y 20. "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad" y "Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título,

en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia."

Vulneración del derecho de libertad individual y derecho a la información

Si nos planteamos que el uso de la mascarilla se impuso a los españoles por medio de una simple orden ministerial, concretamente por la Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 publicada en el «BOE» núm. 142, de 20/05/2020, con entrada en vigor el 21/05/2020 y fue dictada por el Ministerio de Sanidad, llego a la conclusión y a la más firme convicción que la imposición, por parte del Gobierno, del uso de la mascarilla, es inconstitucional.

La citada orden ministerial dispone en su exposición de motivos, que con carácter general, el uso de mascarillas es obligatorio en personas de seis años en adelante en la vía pública, en espacios al aire libre y en cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público, siempre que no sea posible mantener una distancia de seguridad interpersonal de al menos dos metros, siendo recomendable su uso para la población infantil de entre tres y cinco años.

En el art. 1 de la citada norma, se nos hace saber que la orden tiene por objeto regular el uso obligatorio de mascarilla por parte de la población y que se entenderá cumplida la obligación mediante el uso de cualquier tipo de mascarilla, preferentemente higiénicas y quirúrgicas, que cubra nariz y boca.

Es evidente que se está estableciendo, por medio de una orden ministerial, (norma inferior de rango), la obligatoriedad de que los ciudadanos realicen una prestación personal obligatoria (usar la mascarilla), de carácter patrimonial y público. Carácter patrimonial, porque afecta a nuestro patrimonio al tener que comprarlas obligatoriamente y pagarlas con IGIC incluido (cuestión distinta sería si nos la regalara el Estado) y público, porque las prestaciones patrimoniales de carácter público, son obligaciones de Derecho que deben ser establecidas por Ley y que son coactivas.

Coactividad, se ha de entender como el modo en el que se establece una prestación (modo unilateral por el poder establecido), sin que intervenga para nada la voluntad popular y en este caso, no se puede evitar la exigencia del uso obligatorio de la mascarilla, absteniéndose de realizar el presupuesto de hecho al que se vincula la prestación. Esta libertad de abstenerse de cumplir con la prestación personal, carece de sentido en este caso, ya que significaría la renuncia a poder ejercer derechos fundamentales del ciudadano como sería salir a la calle o poder realizar actividades cotidianas e incluso poder transitar libremente renunciado a mantener una vida más o menos normal.

Por otro lado, la orden ministerial anticonstitucional que nos obliga al uso de mascarilla hace alusión a los procedimientos para la exigencia de su cumplimiento, ya que la autoridad policial podrá exigir el uso de la mascarilla de

forma forzosa, multando a los infractores con fuertes sanciones que afectaran al patrimonio del ciudadano infractor.

La figura de la prestación patrimonial de carácter público, que es una creación doctrinal y jurisprudencial, antes que legal, parece tener una justificación sociológica y política. La prestación patrimonial de carácter público sirve para dotar de cobertura doctrinal a todos estos supuestos, a la vez que, al exigirse su establecimiento a través de ley, se le somete a una cierta racionalidad.

Por lo tanto, como consecuencia de este planteamiento, la inconstitucionalidad de la obligación del uso de la mascarilla a toda la población viene establecida porque se incumple por parte del gobierno el art. 31.3 de la Constitución Española:

"… 3. Sólo podrán establecerse prestaciones personales o patrimoniales de carácter público con arreglo a la ley…"

Teniendo en cuenta que se nos obliga a hacer una prestación personal y patrimonial de carácter público mediante una norma inferior como es una orden ministerial y no con una ley, la inconstitucionalidad de la obligatoriedad del uso de la mascarilla a toda la población en territorio nacional, es más que evidente.

Desde la implantación por las Cortes de Cádiz de 1812 del servicio militar por primera vez, de todos los varones y sin discriminaciones y excepcionando los deberes jurídico-tributarios que surgen de la necesidad del pago de un tributo que incluye también aspectos formales como hacer facturas, no se había producido una obligatoriedad de prestación pública por el Estado a los españoles, hasta la implantación del uso de mascarillas por el Gobierno. Mientras que el pago de tributos se estableció por la Constitución de 1978 y una posterior ley y el servicio militar se implantó por otra Constitución, la de 1812, el uso de mascarillas se ha impuesto por una orden ministerial, despreciándose la legalidad constitucional española y afectando a derechos fundamentales de los ciudadanos con el desprecio a la Norma Suprema española a base de una norma inferior, llamada orden ministerial, de rango reglamentario que emana de cualquiera de los ministros del Gobierno de España adoptada en virtud de la potestad ejecutiva del Gobierno. Jerárquicamente, se sitúa por debajo del real decreto del presidente del Gobierno y del real decreto del Consejo de Ministros.

El artículo 31 de la Constitución Española que se ha infringido, entre otros, por el gobierno al imponernos una prestación social por medio de una O.M., se integra en el Capítulo II del Título I de la propia Constitución, y por lo tanto, todos y cada uno de los derechos y deberes de los ciudadanos españoles recogidos en el mencionado capítulo, tienen unas especiales medidas de protección establecidas por la propia Constitución, que el gobierno, se han saltado a la torera.

Ante la tremenda infracción del ordenamiento jurídico español que ha cometido el Gobierno y contra la orden ministerial dictada por el Ministerio de Sanidad, Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulaban las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla cabe interponer un recurso de inconstitucionalidad, ya que el art. 53.1 y el art. 161.1.a de la Constitución Española disponen que

contra las Leyes y disposiciones normativas con fuerza de ley que vulneren los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I , cabe recurso de inconstitucionalidad.

El Defensor del Pueblo, como alto comisionado de las Cortes Generales para la defensa de los derechos recogidos en el Título I de la Constitución, encuadrándose el artículo 31 de la Constitución dentro del mencionado Título I, en virtud de lo establecido en el artículo 54 de la Constitución Española; debería haber interpuesto un recurso de inconstitucionalidad contra la mencionada orden ministerial en defensa de los derechos y libertades de los españoles, al vulnerar la orden ministerial el art. 31.3 de la Constitución Española. El artículo 53.1 de la Constitución Española dispone que sólo por ley podrá regularse el ejercicio de los derechos y libertades y que en todo caso esta ley deberá respetar el contenido esencial de los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I de la Constitución Española.

Como consecuencia de la conversión de este ejecutivo en poder legislativo mediante leyes habilitantes; ni se ha molestado en publicar un decreto ley para obligar a todos los ciudadanos a usar mascarilla, como hizo con el confinamiento de la población, aun sabiendo que el artículo 86.1 de la Constitución Española, prohíbe la adopción de Decretos-Leyes (y por supuesto de órdenes ministeriales) que afecten a los derechos, deberes y libertades recogidos en el Título I de la Constitución, aun en los supuestos de extraordinaria y urgente necesidad en los que, para la regulación de otras materias, sí resulta procedente recurrir a los Decretos Leyes.

La conculcación del principio constitucional de reserva de ley que recoge el art. 31.3 de la Constitución, es otra infracción más de este Gobierno a la Carta Magna y a nuestros derechos y libertades como ciudadanos libres de una nación occidental, la más antigua de Europa y una de las más antiguas del mundo.

El artículo 31 de la Constitución Española (al igual que ocurre con los demás preceptos del Capítulo II del Título I de la Constitución) vincula directamente a las Administraciones Públicas (sin necesidad de mediación del legislador ordinario ni de desarrollo normativo alguno), tal y como se desprende de la STC 80/1982, no pudiendo dictar normas que afecten a los derechos fundamentales.

Dice la citada sentencia del Tribunal Constitucional:

"*Que la Constitución es precisamente eso, nuestra norma suprema y no una declaración prográmatica o principal es algo que se afirma de modo inequívoco y general en su art. 9.1 donde se dice que «los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución», sujeción o vinculatoriedad normativa que se predica en presente de indicativo, esto es, desde su entrada en vigor, que tuvo lugar, según la disposición final, el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado». Decisiones reiteradas de este Tribunal en cuanto intérprete supremo de la Constitución (art. 1 de la LOTC) han declarado ese indubitable valor de la Constitución como norma. Pero si es cierto que tal valor necesita ser modulado en lo concerniente a los arts. 39 a 52 en los términos del art. 53.3 de*

la C.E., no puede caber duda a propósito de la vinculatoriedad inmediata (es decir, sin necesidad de mediación del legislador ordinario) de los arts. 14 a 38, componentes del capítulo segundo del título primero, pues el párrafo primero del art. 53 declara que los derechos y libertades reconocidos en dicho capítulo «vinculan a todos los poderes públicos». Que el ejercicio de tales derechos haya de regularse sólo por ley y la necesidad de que ésta respete su contenido esencial, implican que esos derechos ya existen, con carácter vinculante para todos los poderes públicos entre los cuales se insertan obviamente «los Jueces y Magistrados integrantes del poder judicial» (art. 117 de la C.E.), desde el momento mismo de la entrada en vigor del texto constitucional. Uno de tales derechos es el de igualdad ante la Ley que tienen todos los españoles, sin que pueda prevalecer discriminación alguna entre ellos por razón de nacimiento (art. 14 de la C.E.).”

Con la obligatoriedad del uso de la mascarilla realizada por medio de una orden ministerial, el Gobierno se aleja de los principios que observan las normas y regulaciones de los derechos y libertades de los ciudadanos en Europa Occidental

Lo que algunos se empeñan en hacernos ver con desinformación, es que en este caso, hay un derecho, la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro.

En la República Checa, el Tribunal Supremo ha anulado el mandato de las mascarillas, por tercera vez ha pedido evidencias científicas de su utilidad que avalen su uso.

La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de diagnóstico (1) (2) (3); consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.

Fuentes consultadas para este apartado : ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)).

Obediencia debida

Algo importante que deben recordar los miembros de las FCSE a la hora de cumplir con sus obligaciones, es que son funcionarios y, como tales, deben cumplir con unos principios de conducta. No deben obediencia a ningún político ni a intereses partidistas, tampoco a intereses personales; sólo a la Constitución.

El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia.

Principios de conducta de los Funcionarios Públicos:

El Estatuto Básico del Empleado Público aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, en su artículo 54, referido a los Principios de conducta, señala como principios de conducta los siguientes:

1. Tratarán con atención y respeto a los ciudadanos, a sus superiores y a los restantes empleados públicos.

2. El desempeño de las tareas correspondientes a su puesto de trabajo se realizará de forma diligente y cumpliendo la jornada y el horario establecidos.

3. **Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico, en cuyo caso las pondrán inmediatamente en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.**

4. Informarán a los ciudadanos sobre aquellas materias o asuntos que tengan derecho a conocer, y facilitarán el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

5. Administrarán los recursos y bienes públicos con austeridad, y no utilizarán los mismos en provecho propio o de personas allegadas. Tendrán, asimismo, el deber de velar por su conservación.

Se rechazará cualquier regalo, favor o servicio en condiciones ventajosas que vaya más allá de los usos habituales, sociales y de cortesía, sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal.

7. Garantizarán la constancia y permanencia de los documentos para su transmisión y entrega a sus posteriores responsables.

8. Mantendrán actualizada su formación y cualificación.

9. Observarán las normas sobre seguridad y salud laboral.

10. Pondrán en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados. A estos efectos se podrá prever la creación de la instancia adecuada competente para centralizar la recepción de las propuestas de los empleados públicos o administrados que sirvan para mejorar la eficacia en el servicio.

11. Garantizarán la atención al ciudadano en la lengua que lo solicite siempre que sea oficial en el territorio.

¿Hasta dónde llega la obediencia a un superior de un empleado público?

La respuesta está en la propia Constitución y en su propio Estatuto Básico, el límite es la LEY, "Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico…" **traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.**

Obviamente, el empleado o funcionario público, no es un jurista y por consiguiente, no tiene porque conocer que dice exactamente toda la normativa tan variada que existe; no obstante, lo que si debe procurar, es que ante una orden o instrucción que entienda contraria al ordenamiento jurídico, antes de proceder a ejecutarla o cumplirla, debe intentar que el Superior del que depende y que le ha dado dicha orden, se la dé por escrito. Si aún así, entiende que dicha orden es manifiestamente ilegal, debe ponerlo en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.

El cumplimiento de una orden ilegal, puede tener sanciones de muy diverso tipo, dependiendo del tipo de orden que se haya asumido o ejecutado, por ejemplo si dicha orden es contraria a la Constitución y se ha ejecutado, se puede haber incurrido en una infracción muy grave, desde el punto de vista disciplinario, sin entrar en otras sanciones, por ejemplo de tipo penal, dependiendo de la gravedad de la sanción, puede ser sancionado con alguna de las siguientes:

a) Separación del servicio de los funcionarios, que en el caso de los funcionarios interinos comportará la revocación de su nombramiento, y que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves.

b) Despido disciplinario del personal laboral, que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves y comportará la inhabilitación para ser titular de un nuevo contrato de trabajo con funciones similares a las que desempeñaban.

c) Suspensión firme de funciones, o de empleo y sueldo en el caso del personal laboral, con una duración máxima de 6 años.

d) Traslado forzoso, con o sin cambio de localidad de residencia, por el período que en cada caso se establezca.

e) Demérito, que consistirá en la penalización a efectos de carrera, promoción o movilidad voluntaria.

f) Apercibimiento.

g) Cualquier otra que se establezca por ley.

Es interesante señalar, la sentencia entre otras, del Tribunal Supremo de 20 de julio de 1998 que ha declarado: "**en materia de obediencia debida y de cumplimiento de un deber…es requisito esencial que el mandato al que se obedece no tenga como contenido una acción u omisión manifiestamente ilícita. Y tan esencial es éste requisito que su falta afecta al mismo concepto en que se pretende fundar la exención de responsabilidad criminal, de modo que no cabe hablar de obediencia debida, ni como eximente completa ni como incompleta…**".

El mejor resumen de todas las aberraciones jurídicas que estamos padeciendo como consecuencia de una supuesta pandemia, nos lo ofrece la abogada Dña. Cristina Armas en el siguiente vídeo o en este otro y el abogado D. Fran Parejo, en otro.

Fuentes consultadas para este apartado: ((1) (2) (3) (4) (5) (6)).

Vacunación obligatoria

Desde el punto de vista jurídico, existen impedimentos **para hacerla obligatoria**. El primero, es que **en España no está reconocido el principio compensatorio**, algo con lo que actualmente solo cuentan una veintena de países, entre ellos Francia y el Reino Unido, donde se está planteando con más fuerza la obligatoriedad de la vacuna. Con este sistema, **el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la "vacuna" para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad.**

Se distinguen diferentes tipos de vacunas. Las obligatorias son aquellas que tienen garantizada su fiabilidad, que no han registrado problemas y que están relacionadas con enfermedades bien conocidas. Como ejemplo, una sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la que se dictaminó que la vacunación obligatoria "es necesaria en una sociedad democrática", pero haciendo referencia a una denuncia presentada en 2015 por un grupo de padres checos a los que se les había impuesto administrar vacunas a sus hijos, para enfermedades muy conocidas como el tétanos, la polio, las paperas o la rubéola, éstas dosis llevan años administrándose a la población infantil, aseguran el no contagio de la enfermedad y no suponen problemas.

Que las vacunas, en ocasiones, pueden producir efectos adversos (lesiones, daños) es un hecho incuestionable. De ahí que los órganos judiciales, como no podía ser de otra manera a la vista de los peritajes técnicos, hayan reconocido los efectos adversos de las vacunas y las lesiones que han producido a las personas inoculadas, la mayoría de las veces por una reacción adversa infrecuente o inesperada, aunque conocida, reconociendo entonces el derecho a indemnización por los daños y lesiones sufridas.

Entre las sentencias que afirman la responsabilidad patrimonial por los efectos adversos de una vacunación, pueden citarse la sentencia, de 7 de octubre de 2003, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -JUR/2004/75019-, que reconoce la responsabilidad patrimonial por las lesiones y secuelas generadas por la vacunación obligatoria de la viruela, razonando que a la fecha en la que la persona afectada fue sometida a vacunación obligatoria contra la viruela se podía decir, con la opinión de la mayoría de los profesionales del momento, que eran mayores los riesgos por efectos secundarios, que los efectos preventivos de la enfermedad que podían justificar la imposición de la obligación de vacunación; y la sentencia, de 12 de junio de 2008, del Tribunal Superior de Justicia de Valencia –JUR/2008/302069-, por la vacunación obligatoria de una persona contra la viruela, que le produjo como efecto secundario una encefalitis vírica, que le generó una epilepsia.

Resulta oportuno citar también la sentencia, de 30 de septiembre de 2010, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña -JUR/2010/393471, que no reconoce responsabilidad patrimonial por los efectos secundarios de la inoculación de la vacuna contra la gripe, precisando, en lo que aquí importa, que tampoco hay responsabilidad por falta de información de lo que se ha dado en llamar "efectos adversos de una vacunación" o "reacciones impredecibles", que no permiten determinar la infracción de un deber de información que se revelaría desproporcionado absolutamente y que impediría el ejercicio de la función médica de curar, puesto que todo medicamento y toda actuación en el ámbito de la salud conlleva un riesgo.

En el caso de las "vacunas" para la Covid-19, la realidad innegable que estamos viendo es que la lista de eventos adversos a corto plazo (algunos de extrema gravedad) que ocasionan no tiene fin, ni en número, ni en variedad. Además, no ha habido tiempo para certificar la seguridad (los fabricantes no han proporcionado datos a medio y largo plazo), con la que ya cuentan los otros fármacos, por lo tanto existe una inseguridad jurídica y una incertidumbre científica.

En una publicación del abogado Mario Rueda, se analiza el tema considerando vacunas probadas, de constatada seguridad y eficacia (es decir, sin autorización de emergencia y con datos claros de los posibles eventos adversos a corto, medio y largo plazo) comprobando que se trata de un problema complicado de resolver, puesto que hemos de tener en cuenta dos factores que se dan normalmente en el momento en que se tiene que vacunar a una persona; el primero, el hecho de que se nos dice que por medio de la vacunación no sólo se está protegiendo a aquella persona que se vacuna sino a la colectividad, y segundo, el hecho de que lo normal es que quien recibe la vacuna sea un menor, y en consecuencia la decisión la toman los padres ya que no puede prestar consentimiento racional el hijo que la recibe. La conclusión a la que llega, es que podría ser obligatoria, **siempre y cuando exista un peligro de carácter inminente y extraordinario para la salud pública y tenga un carácter temporal, cuya duración nunca vaya más allá de lo que dure la causa que origina el peligro** (**cosa que en el caso del virus SARS-CoV-2 y la Covid, es imposible de demostrar, primero por la inexistencia de una prueba clara de la**

existencia del virus y segundo, porque los métodos de diagnóstico que se utilizan, no son validos). Como norma general, el hecho de no vacunarse no supone un peligro para nadie, por tanto, fuera del supuesto mencionado, debe prevalecer el derecho a no vacunarse y, que cuando se trate de menores, la decisión sea tomada por los padres.

El otro impedimento jurídico para hacer la administración de esta "vacuna" obligatoria, es que **en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud**. El derecho a la salud no existe, es imposible que exista porque el Estado no puede garantizar que las personas no enfermen, lo que está recogido en el artículo 43, es el derecho a la protección de la salud. Por tanto, no existe el conflicto de derechos que, en todo caso llevaría a aplicar la técnica de ponderación de derechos, en la que tendrían que tenerse en cuenta el artículo 15 y el 17, relativos al derecho a la integridad física y moral y a la libertad.

De cualquier forma, según el Dr. Juan Luis Beltrán Aguirre, **nos encontramos en un campo de actuación administrativa donde impera la incertidumbre y la inseguridad jurídica**. La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, permite a las autoridades sanitarias adoptar determinadas medidas ablatorias cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia y necesidad. Entre ellas, internamientos forzosos de enfermos contagiosos y la administración forzosa de vacunas, pero sin que dicha Ley Orgánica establezca garantía jurídica alguna dirigida a velar por la legitimidad y adecuación de las concretas actuaciones administrativas que conlleven la privación o restricción de la libertad personal o de otros derechos constitucionales que puedan verse afectados. Por su parte, el artículo 28 de la Ley General de Sanidad, muy sucintamente enumera unos principios a los que deben acomodarse las medidas limitativas que actúe la Administración, pero absteniéndose también de incorporar reglas sustantivas y procedimentales que establezcan y concreten las garantías jurídicas pertinentes. Finalmente, el artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, exige la autorización judicial para intervenciones ablatorias por razones de salud pública, pero sin diseñar un concreto procedimiento garantista de los derechos afectados, de manera que los jueces de lo contencioso-administrativo se ven abocados a acudir, por analogía, al procedimiento establecido en el artículo 763 LEC, declarado inconstitucional, pero no nulo, por el Tribunal Constitucional en su sentencia 132/2010, de 2 de diciembre.

En este punto, conviene hablar sobre la reciente sentencia del Tribunal Constitucional sobre la vacunación forzosa, recogida en lo dispuesto en el número 5 del art. 38.2 b) de la nueva Ley de Salud de Galicia, que es el que faculta a las autoridades sanitarias autonómicas a imponer la vacunación obligatoria a la ciudadanía gallega, a fin de controlar las enfermedades infecciosas transmisibles (cualquiera, no sólo la covid-19) en situaciones de grave riesgo para la salud pública. El Constitucional, en su auto, cuyo ponente ha sido el magistrado Andrés Ollero, sostiene que no se puede imponer el pinchazo a nadie porque en la actualidad no hay cobertura legal para sancionar la negativa a inocularse. La resolución subraya que **la vacunación obligatoria no es una medida**

preventiva que aparezca expresamente contemplada en la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública por lo que no hay paraguas legal que ampare una inyección forzosa que "supone una intervención corporal coactiva y practicada al margen de la voluntad del ciudadano". Por tanto, lo dicho por Dr. Beltrán, ya no procede, la incertidumbre e inseguridad jurídica, se han transformado en certeza y seguridad jurídica, **no se puede imponer la vacunación obligatoria**. D. Carlos Astiz, presidente de la Fundación Derechos Constitucionales, expresa su opinión en contra de que la vacunación fuera obligatoria.

El tribunal alega que levantar la suspensión al precepto que faculta a vacunar a la fuerza a los gallegos que ya decretó el pasado abril podría "**provocar perjuicios ciertos y efectivos que pueden resultar irreparables o de difícil reparación, en la medida en que la vacunación puede imponerse en contra de la voluntad del ciudadano**".

Obligaciones del personal sanitario

La OMC manifiesta que su Código Deontológico establece que "la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia".

El médico debe lealtad al enfermo y tiene que asistirle, nunca puede abandonarle, aunque ello le suponga un riesgo personal que debe ser minimizado. Al mismo tiempo, tiene que protegerse y proteger de la extensión de la enfermedad a los demás con todo lo que tenga disponible.

La Comisión Central de Deontología de la OMC, sostiene este razonamiento a partir de lo que recogen varios artículos del Código de Deontología de la profesión sobre la atención de pacientes en "circunstancias excepcionales". En este sentido, deja clara la postura que han de seguir los facultativos en cada momento.

El artículo 5.3, del Código señala: "**La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal**".

El articulo 6.1, del Código señala: "**Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado**".

Otro artículo, el 6.2, insiste: "**El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona**. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario". Este riesgo vital "inminente e inevitable" se refiere a que "si el facultativo tiene factores de alto riesgo, como una edad avanzada o comorbilidad

podrá, legítimamente, puede ser eximido de ocupar posiciones y realizar tareas de alto peligro".

Socorrer **al enfermo es una cuestión de ética y los médicos están obligados a ello por su juramento hipocrático, pero, además, no hacerlo es un delito previsto y penado por nuestro Código Penal y conocido como delito de "omisión del deber de socorro"**.

Este delito se produce cuando alguien observa que otra persona está ante una situación de peligro y, o bien no la auxilia, o bien no solicita ayuda de un tercero que pueda hacerlo, si el que lo presencia no está en disposición de ello.

Se trata de un delito que se comete por omisión, es decir, por mera inactividad, en este caso, por dejar de ayudar y que puede cometerlo cualquier persona (artículo 195 del Código Penal), pero en el artículo 196 se regula específicamente para los profesionales obligados a prestar asistencia sanitaria, que merece mayor reproche penal.

El delito específico para el profesional sanitario castiga, en concreto, dos conductas; la primera es denegar asistencia sanitaria. En este caso se presume que existe un previo requerimiento, que no necesariamente debe proceder de un superior jerárquico. La segunda modalidad es la de abandonar los servicios sanitarios. En ambos casos se exige que exista, a consecuencia de cualquiera de esos comportamientos, un riesgo para la salud de la víctima que debe ser grave. Es necesario, además, que ese profesional tenga la obligación legal o reglamentaria de prestar esa asistencia, ya que en caso contrario será impune su conducta. **Esto indica que el médico u otro sanitario que no asisten a la víctima han de encontrarse en activo, en servicio y en el ejercicio de sus funciones profesionales**. **Si el profesional no está en el momento en que debe prestar el auxilio ejerciendo el servicio o profesión, será aplicable el tipo general del art. 195 CP**. Habrá que tener en cuenta las normas administrativas que regulan las profesiones médicas y sanitarias, que serán las que determinen la obligación de socorrer o de no abandonar el servicio.

Se exige que el sanitario conozca el requerimiento para actuar según sus conocimientos profesionales ante una situación de necesidad de asistencia sanitaria a un enfermo y, además, que sepa que su inactividad supone ese riesgo grave para la salud de esa persona. Si ese riesgo existe, se presume que el profesional, precisamente por su condición de tal, conocía las consecuencias de su inactividad. **Se les exige actuar cuando deben hacerlo, teniendo responsabilidad si incurre en conductas de omisión o incluso si su actuación es llevada a cabo de un modo improcedente**. **Es decir, no solamente es responsable de prestar auxilio sino de hacerlo correctamente para no generar daño.**

Deberá hacer frente también a la responsabilidad civil que derivará de la comisión del delito, es decir, deberá indemnizar a la víctima o a sus familiares, por los daños y perjuicios causados por su inactividad. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo nº 648/2015, de 22 de octubre, en un

caso de un médico de urgencias que se negó a abandonar el recinto médico, a pesar del reiterado requerimiento de funcionarios de policía, para atender a una víctima de accidente de tráfico a 60 m de la entrada del hospital, dictamina que es perfectamente compatible la responsabilidad civil derivada del delito con las indemnizaciones por responsabilidad patrimonial de la administración por el funcionamiento irregular de un servicio público que se obtengan en vía administrativa, pues expresamente se indica que "no es el fallecimiento de la víctima el objeto de la indemnización sino la "pérdida de oportunidad", " la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente".

Ha sido noticia la condena a dos sanitarios que dejaron morir a un hombre a tan solo 70 metros de un centro de salud. La sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, condena a un médico a multa de 1920 euros y a un enfermero de 1680 euros, además de la inhabilitación especial para la profesión sanitaria de seis meses para ambos y una indemnización de 40 000 euros para la viuda y de 30 000 para cada uno de los hijos.

Otro caso similar es el de la sentencia del Tribunal Supremo nº 56/2008 de 28 enero, que se dictó ante una denegación de auxilio para asistir externamente a una persona que se encontraba en situación de riesgo para su salud a unos 50 metros del centro médico donde el acusado desempeñaba sus funciones. Los hechos describen como el conductor de un vehículo que sufrió un episodio cardíaco perdió el control del mismo empotrándose contra unos contenedores, ante la gravedad que presentaba el mismo una persona llamó telefónicamente a los servicios sanitarios de emergencia y otro ciudadano se dirigió a un centro de salud para solicitar ayuda, el que se encontraba a unos 50 m del lugar del suceso, comunicada la situación de necesidad de asistencia sanitaria al médico del centro, este se limitó a llamar a los servicios de emergencia, sin salir a ver lo que sucedía, no habiendo fallecido el conductor cuando tuvo conocimiento del hecho el acusado. Dice la sentencia que "la única justificación que podría alegar, derivada de la no exigibilidad de otra conducta, sería la de encontrarse, en el momento de ser requeridos sus servicios, realizando un acto médico cuyo abandono pudiera, a su vez, suponer un riesgo para el paciente que estaba atendiendo".

En el caso específico de los enfermeros, en su Código Deontológico, en su artículo 4, dice lo siguiente:

"La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos, que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, **la Enfermera/o está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud**".

En el artículo 15, señala lo siguiente:

"**La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cual pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas**".

En el artículo 52, se dice lo siguiente:

"**La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente <u>sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aquejen</u>. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes**".

En el artículo 53, se dice lo siguiente:

"**La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientado su atención hacia las personas que requieran sus cuidados**".

La objeción de conciencia en el ámbito de la Enfermería está reconocida expresamente en el artículo 9, letra l), de los Estatutos generales (Real Decreto 1.231/2001, de 8 de noviembre) de la Enfermería y en el artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería española :

Artículo 9. Derechos de los colegiados. Los colegiados tendrán los derechos siguientes:

(…)

l) A la objeción de conciencia y al secreto profesional, **cuyos límites vendrán determinados por el ordenamiento constitucional y por las normas éticas de la profesión recogidas en el Código Deontológico**".

Algunos de ellos, están usando el artículo 22 del citado Código para no atender a pacientes no "vacunados"; dicho artículo dice:

"De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a **<u>la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto"</u>**, es decir, se deduce que la objeción debe ser un "acto" individual de cada sanitario que la solicite y para cada caso, no como una regla general, por ejemplo al aborto; en ningún momento se habla de objeción de grupos de sanitarios de forma simultánea o hacia colectivos como por ejemplo, los "no vacunados". Independientemente de cual sea la razón, se transforma en discriminación, de la cual, ya hemos hablado en el presente informe. "El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún/a Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho".

En palabras del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, se entiende por "objeción de conciencia" la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia. El Estado de Derecho, en la medida en que reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, puede regular el ejercicio de la objeción de conciencia como manifestación del pluralismo ético y religioso presente en la sociedad. La objeción de conciencia consiste en manifestar la incompatibilidad entre los dictados de la conciencia individual y determinadas normas del ordenamiento jurídico al que la persona se encuentra sujeta, con objeto de ser eximida de llevarlas a cabo sin sufrir sanción. El concepto de objeción de conciencia incluye los siguientes elementos:

- La existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento, cuyo contenido puede afectar a las creencias religiosas o morales de los individuos, y que no puede obviarse sin incurrir en sanción. Es necesario que el contenido de la norma jurídica sea tal que pueda resultar incompatible con las convicciones morales o religiosas de los individuos y **no meramente contrario a ciertas opiniones o intereses personales de éstos**.

- La existencia de un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, requisito sobre el que el ordenamiento jurídico puede requerir verificación.

- La ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto entre una o varias normas y la conciencia individual o posibiliten alternativas aceptables para el objeto.

- **La manifestación del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia, sin que sea relevante la mera presunción sobre la existencia de conflicto**. En consecuencia, son inválidas las manifestaciones realicen terceras personas en nombre de algún colectivo.

Aunque no se cuestiona el fundamento ético de la objeción de conciencia, no es unánime la opinión de que la objeción deba ser considerada y, por tanto, regulada como un derecho fundamental autónomo, reconocido en el artículo 16 de la Constitución, respecto del cual el Estado quedaría obligado a su tutela y garantía. Algunos consideran que se debe reconocer la objeción de conciencia como forma de dar solución a la tensión que, en determinados casos, se produce entre la conciencia individual y las normas jurídicas de obligado cumplimiento para el sujeto. En cualquier caso, la objeción de conciencia está relacionada con el derecho fundamental a la "libertad ideológica y religiosa", establecido por la Constitución Española en su artículo 16,1: "Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público

protegido por la ley". Como es sabido, **la única forma de objeción de conciencia explícitamente regulada por la Constitución es la objeción al servicio militar** (art. 30.2), por lo que, respecto de otras objeciones de conciencia, se discute si cabe aceptar la existencia de un derecho general a actuar de acuerdo con los dictados de la conciencia o, por el contrario, conviene especificar en cada caso los límites y justificación de la objeción a fin de que ésta tenga el debido reconocimiento jurídico.

Partiendo de la obligación ya existente para los poderes públicos de regular, por ejemplo, la objeción de conciencia al aborto, derivada de las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 2/2010, conviene plantearse si tal objeción debe ser complementada de modo que se regulen otras situaciones frecuentes en el ámbito de la salud y la asistencia sanitaria. Existen, profesionales sanitarios que se niegan a ser partícipes de algunas prestaciones sanitarias aludiendo a que su conciencia les obliga moralmente a rechazarlas. **Otra realidad de nuestro tiempo es el reconocimiento de la autonomía de la persona como principio moral fundamental; un principio al que se acoge tanto el objetor de conciencia, como la persona que acude al servicio sanitario público en busca de una prestación permitida y garantizada por la ley**.

Se produce, en consecuencia, un conflicto entre el derecho a la libertad del profesional objetor y el de la persona que solicita una prestación que puede ser objetada por dicho profesional. Por una parte, ésta reclama su derecho a ser atendida por el servicio público sanitario, en tanto los objetores se acogen al derecho a la libertad ideológica para negarse a ejecutar ciertas prácticas. Visto de otra forma, el conflicto se da entre el deber del objetor a obedecer a su conciencia, y el de ese mismo objetor, como profesional de la sanidad, a atender sus obligaciones como empleado público.

No hay una posición clara de nuestro Tribunal Constitucional en relación con la objeción de conciencia. En un primer momento (1985), a propósito del aborto, afirmó que el citado derecho de objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se halla dictado o no una ley reguladora de esta materia, añadiendo que la objeción forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el arto 16.1 de la Constitución, de manera que es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales. Sin embargo, posteriormente (1987), a propósito de la objeción de conciencia al servicio militar, declaró que **la objeción de conciencia con carácter general, es decir el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las convicciones personales, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma del Estado y que lo que puede ocurrir es que se admita excepcionalmente respecto a un deber concreto, para lo cual es necesario la interposición de una ley que así lo reconozca.**

El Tribunal Supremo, en la senda del Tribunal Constitucional, rechaza que tenga cabida en nuestro ordenamiento constitucional un derecho general a la objeción de conciencia susceptible de hacerse valer pese a no contar con un reconocimiento formal en el texto fundamental o en la ley y que pueda sustentarse en el artículo 16 de la Constitución (derecho a la libertad ideológica o religiosa), señalando como argumentos los que a continuación se mencionan:

En primer lugar, **el único supuesto en el que la Constitución contempla la objeción de conciencia frente a la exigencia del cumplimiento de un deber público es el de la objeción de conciencia al servicio militar**.

En segundo lugar, **el Tribunal Constitucional solamente ha admitido, fuera de ese caso, el derecho a objetar por motivos de conciencia del personal sanitario que ha de intervenir en la práctica del aborto en las modalidades en que fue despenalizado**.

La libertad religiosa e ideológica no solo encuentra un límite en la necesaria compatibilidad con los demás derechos y bienes constitucionalmente garantizados, sino que topa con un límite específico y expresamente establecido, cual es "el mantenimiento del orden público protegido por la ley".

Entiende el Tribunal Supremo que la objeción de conciencia del personal sanitario en el caso de la interrupción del embarazo es un supuesto límite, por lo que es muy difícil extraer del mismo un principio general, siendo más claro el precedente relativo a la condena penal de unos padres que, a causa de sus creencias religiosas, no autorizaron una transfusión sanguínea para su hijo menor, que luego falleció. Ciertamente, el Tribunal Constitucional consideró que la condena penal impuesta a los mismos supuso una violación de la libertad religiosa de los padres, lo que al menos implícitamente supone admitir que la libertad religiosa puede tener algún reflejo en el modo de comportarse.

Según la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, el ejercicio de dichas profesiones se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas por la ley y por los principios y valores contenidos en el Código Deontológico. La referencia a los principios y valores deontológicos, como límite para el ejercicio de las profesiones sanitarias, otorga a las normas colegiales (donde se contienen los citados principios y valores) una fuerza legal indiscutible. Tiene dicho nuestro Tribunal Constitucional que **los códigos deontológicos no constituyen simples tratados de deberes morales, sino que determinan obligaciones de necesario cumplimiento para los colegiados, si bien la legitimidad para su establecimiento y para su exigencia de respeto deriva de las potestades públicas delegadas por la ley a favor de los colegios, siendo éste el supuesto que contemplamos, que supone una remisión legislativa**.

El problema del contenido tampoco puede desligarse del análisis de los límites del derecho, que se establecen, exigiendo el mínimo sacrificio del derecho

imprescindible para la protección del interés constitucional que el Estado exhibe como conflictivo con la libertad de conciencia.

Los límites que existen por razones subjetivas están para el objetor: en la relación privada de trabajo, la libertad de empresa y las exigencias de la organización productiva (no ya los rígidos márgenes del contrato de trabajo, como sabemos), y para el personal estatutario y funcionario al servicio de la Administración Sanitaria, el principio de jerarquía y el buen funcionamiento del servicio público sólo operativo para el personal no sanitario y para el personal directivo. Estos límites sólo presentan actividad cuando el empleador público o privado demuestra objetivamente la imposibilidad de sustitución del objetor en la tarea conflictiva para su conciencia.

Analicemos un caso práctico de objeción de conciencia de enfermeros y médicos que se dio en España en 2012 y que ahonda en los límites de la objeción. El caso se refiere a lo que sucedió con la atención sanitaria a inmigrantes ilegales y que es perfectamente extrapolable a la atención de personas no “vacunadas" como “colectivo":

El Consejo General de Enfermería advirtió a los enfermeros sobre la "inviabilidad jurídica" de la figura de la objeción de conciencia ante casos de no beneficiarios de la asistencia sanitaria en España. Por ello, tratar a inmigrantes en situación irregular podía ser considerado como "desobediencia civil o insumisión" con todas las consecuencias jurídicas, judiciales y laborales que esto conlleva. Tras consultar con los servicios jurídicos de la organización, se constató que "no cabía esta figura en este supuesto".

En este sentido, se aclara que el Ministerio de Sanidad es la única entidad estatal con plena competencia para decidir y determinar qué personas pueden acceder a las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos. Por ello, cuenta con la potestad de acudir al Estado de Derecho y así hacer cumplir dichas normas si no se acata la obligación de los sanitarios de seguirlas. El consejo subraya que las discrepancias deben ser puestas en valor a través de los trámites legales. No obstante, dentro de los mismos "no se encuentra la objeción de conciencia".

En relación a ello, se especifica que esta figura sólo puede considerarse como un derecho individual, nunca colectivo. **Además, se observa que afirmar la soberanía de la conciencia en cualquier supuesto, sin restricciones ni límites, significa convertir el estado de derecho "en algo materialmente impracticable**".

Por todo lo anterior, **el consejo recuerda la imposibilidad de objetar ante las medidas adoptadas por Sanidad**. Es decir, que según lo que marca la ley, que es lo que reconoce Sanidad que es la institución que dicta las normas sanitarias y a las cuales, está sujeto todo el personal sanitario por orden jerárquico y que, por tanto, deben obedecer; cualquier persona con derecho a

asistencia sanitaria, tiene que ser atendida, por encima de cualquier objeción de conciencia.

La objeción se admitiría como válida sólo cuando existe una participación directa del profesional, como sería en el caso de un aborto, practicar la intervención, la prescripción de medicamentos con fines abortivos o la prestación de servicios de anestesia y de enfermería durante el procedimiento. Por otra parte, se ha reportado la negativa del profesional farmacéutico para despachar receta por anticoncepción de emergencia a una víctima de violación, situaciones lamentablemente también reportadas por otros autores. Respecto de este punto, existe **jurisprudencia en la Corte Europea de Derechos Humanos al determinar que los farmacéuticos podían manifestar su libertad de conciencia respecto a sus convicciones religiosas en la esfera de su vida privada o personal, sin negar las diligencias necesarias para proveer las prescripciones referentes a esta anticoncepción**. Estas diferentes posturas han sido determinantes para que algunas organizaciones profesionales hayan establecido directrices éticas para guiar al personal sanitario respecto a la objeción de conciencia, las que, si bien **reconocen el derecho profesional para objetar, también reconocen el derecho de la población a recibir una atención de calidad sin riesgo para su vida y su salud, planteando alternativas que no perjudiquen a ninguna de las partes involucradas, recomendando: la derivación oportuna del paciente a un profesional no objetor, el traslado oportuno del paciente a otro centro asistencial, la no posibilidad de objetar frente a situaciones de emergencia, evitar prácticas discriminatorias, el respeto por las diferencias personales y culturales en la relación profesional-paciente y entre los propios profesionales**.

Es fundamental reconocer la existencia de límites, siendo indispensable preguntarse: ¿existe como consecuencia de esta objeción un perjuicio directo para la vida o la salud del paciente? ¿Existe disponibilidad de que otro/a profesional ejecute o brinde la atención en salud que el paciente necesita? ¿Es factible plantear la derivación del paciente a otro profesional o a otro centro asistencial para que se le brinde la atención necesaria? ¿Qué sucederá en aquellas situaciones de urgencia en las que es imprescindible ejecutar la acción objetada para salvar la vida del paciente? ¿Qué sucederá en aquellas situaciones en las que el único profesional disponible es el profesional objetor? ¿Es deber del objetor explicitar frente al paciente o frente a su superior jerárquico su objeción de conciencia? ¿En qué momento de la atención en salud el objetor debe explicitar su objeción de conciencia? ¿Puede el objetor manipular la información e incluso ocultar parte de la información al paciente o autoridades por considerar que al hacerlo se transforma en facilitador del acto que va en contra de su conciencia? ¿Puede un profesional negarse a cumplir un acuerdo tomado por el equipo médico tratante por discrepar de la decisión? ¿Debe el profesional respetar la voluntad y autonomía del paciente aun cuando vaya en contra de su conciencia?

Todas estas interrogantes, y posiblemente otras, se deben evaluar considerando que el derecho **a la objeción de conciencia no puede ser absoluto si involucra la vida o la salud de otros**, debiendo las decisiones involucrar el

contexto en el que se desarrolla la problemática, considerando el derecho fundamental de la dignidad humana, respetando el sistema de valores, de creencias y convicciones tanto del profesional objetor, como de la o las persona (s) posiblemente afectadas. **El conflicto se presenta cuando se contraponen el derecho a la libertad de conciencia y la autonomía del profesional objetor, versus el derecho a la autonomía y necesidad de atención en salud del paciente, <u>considerando que la salud y la vida son bienes jurídicos que hay que asegurar por encima de un deber de obediencia u objeción de conciencia</u>**. El problema se hace más patente cuando esta objeción formulada por un profesional se contrapone con el también legítimo derecho del otro u otros para recibir una atención en salud que está respaldada por ley.

En general, la objeción de conciencia por parte del profesional sanitario debiera respetarse cuando se trate de una verdadera objeción, que no se confunda con una medida para imponer una determinada postura ética o religiosa, o <u>como un acto discriminatorio hacia los pacientes o una forma de eludir responsabilidades por parte del profesional frente a hechos conflictivos</u>. **<u>Es prioritario que bajo ninguna circunstancia se determine una acción de maleficencia o perjuicio para la vida o salud del paciente</u>**. Por otra parte, debe existir la seguridad de que otro profesional pueda resolver adecuadamente el problema de salud al que se objeta y cuya prestación se encuentra respaldada por ley. También se considera el traslado oportuno y eficaz del paciente a otro centro asistencial, siempre que las condiciones del momento lo permitan, siendo una excepción las situaciones de urgencia, en la que la gravedad de la condición clínica o las serias consecuencias en la salud del paciente, así como otras situaciones que pueden llegar a involucrar incluso la seguridad de otras personas, no permitan este traslado en forma expedita.

Respecto de los deberes del profesional, se considera que debe explicitar con anterioridad su objeción al superior jerárquico, para que la institución pueda tomar los resguardos necesarios, garantizando el acceso de la población a los mejores estándares de salud, respaldados por la legalidad vigente en esa comunidad. El objetor debiera exponer lo más precozmente posible ante su paciente las situaciones que motivarán su objeción, otorgando la libertad y facilidad para que el paciente opte por otro profesional, planteando incluso que el profesional objetor efectúe la derivación a un profesional no objetor; siempre que no estemos en una situación de emergencia sanitaria y siempre que no se haga causando una discriminación del paciente.

Vamos a analizar, a modo de ejemplo, un caso particular y la respuesta legal de un abogado:

Una enfermera (es decir, un único sanitario de forma individual) que trabaja en un centro sociosanitario, en el que ingresa hace unos días un **paciente**, procedente de una residencia, en fase final de vida, con **una disfagia severa y un GDS 7** (es decir, un caso concreto de un paciente, no general para todos los pacientes en las mismas circunstancias). **<u>La coordinadora le indica que le coloque una sonda nasogástrica solicitada por la familia</u>** (orden directa de un superior jerárquico), a lo que **la enfermera se niega** y no se la coloca ya que

no le parecía ético llevar a cabo esta técnica cruenta, dada la situación del paciente (no ha informado previamente y por escrito a sus superiores jerárquicos).

Al día siguiente, **esta misma coordinadora y el director del centro, le entregan un documento con acuse de recibo en el que le solicitan devuelva contestación con los motivos que justifiquen su negativa a la realización del procedimiento y a la recolocación de la sonda en caso de que el paciente se la retire**.

En primer término y sin ni siquiera entrar a valorar la decisión que toma de no colocar la sonda nasogástrica, manifestar que, **respecto de un deber profesional, como es cumplimentar la orden dada por su coordinador de colocar dicha sonda nasogástrica**, **el profesional debería haber explicitado anterioridad su objeción de conciencia al superior jerárquico**, para que la institución o centro sociosanitario en este caso, hubiese puesto los medios necesarios, garantizado el acceso de los pacientes a los mejores estándares de salud, respaldados por la legalidad vigente, pudiéndose asi optar por otro profesional.

Si la objeción de conciencia se plantea como un derecho, basado en la libertad de conciencia individual de las personas, también deberá reconocerse el derecho de los pacientes a una atención de salud de calidad, con respeto a su dignidad y necesidades, y a la voluntad de los pacientes y, en su caso, de sus familiares.

Sobre este último apartado deben ser tenidos en cuenta el art 5.3 y sobre todo el artículo 9.3, a) y 9.6 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En la práctica clínica suelen producirse estos conflictos de tensión creciente cuando se plantean situaciones relacionadas con esta y otras materias, donde se confrontan los derechos del paciente con los derechos y deberes del profesional "objetor". No podemos dejar de mencionar algo importantísimo, como es que ***los familiares habían solicitado que se le recolocara dicha sonda y que ello debería primar si no existe un documento del enfermo de voluntades anticipadas***, como en este caso. Como hemos visto, **la legislación prevé expresamente que se tenga en cuenta la voluntad del paciente o de sus familiares para prestar o no una asistencia, por encima de cualquier objeción**.

Analicemos el único "campo sanitario" en el que la justicia ha reconocido la objeción de conciencia (es decir, el más favorable judicialmente para el objetor), el aborto:

La regulación contenida en el segundo párrafo del artículo 19.2 de la LO 2/2010 se caracteriza por contener, de forma casi exclusiva, una enumeración de los límites que se establecen para el ejercicio de la objeción de conciencia al aborto. De forma resumida, las restricciones serían las siguientes:

- Sólo podrá ejercitarse por los profesionales sanitarios directamente implicados en la IVE.

- **El ejercicio del derecho no podrá menoscabar el ejercicio ni la calidad de la asistencia a la abortante**.

- **Se requiere que se haga con carácter previo y por escrito**.

- La objeción **no impedirá que los profesionales sanitarios dispensen tratamiento y atención médica a las mujeres que soliciten la interrupción de su embarazo, antes y después de la práctica del aborto**.

Hemos de partir de la idea de que la objeción de conciencia al aborto se incluye dentro del contenido esencial de la libertad ideológica, religiosa y de culto, por lo que el legislador debe respetar los criterios que el Tribunal Constitucional establece para fijar restricciones a los derechos fundamentales al regular su ejercicio:

- Los derechos fundamentales sólo pueden ceder ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga, o ante los que de manera mediata o indirecta se infieran de la misma con el fin de preservar otros derechos o bienes jurídicamente protegidos.

- Los límites que se establezcan no pueden obstruir el derecho fundamental más allá de lo razonable.

- Se debe atender a la proporcionalidad entre el derecho que se sacrifica y la situación en la que se halla aquél a quien se le impone la misma.

- En todo caso, ha de respetarse el contenido esencial del derecho.

A lo anterior hay que añadir el principio, fijado por la jurisprudencia constitucional, en virtud del cual la interpretación de las normas del ordenamiento jurídico debe realizarse de la forma más favorable a la efectividad de los derechos fundamentales.

Resulta procedente examinar dos límites a la objeción: no puede menoscabar el acceso y la calidad asistencial de la IVE y no impide la obligación de dispensar, en todo caso, tratamiento y atención médica a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido al aborto:

El derecho a la objeción de conciencia respecto al aborto, según la jurisprudencia constitucional, constituye parte del contenido esencial de derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto, regulada en el artículo 16 CE, dentro de la Sección Primera, Capítulo II, Título I, con el rango de derecho fundamental. Por otra parte, el derecho a la prestación sanitaria se incardina en el ámbito del derecho a la salud, comprendido en el artículo 43 de la Carta Magna, que a su vez está incluido en el Capítulo III del Título I, bajo el epígrafe "De los principios rectores

de la política económica social". De lo anterior, así como de la confrontación entre los distintos niveles de protección que señala el artículo 53 CE para ambos derechos, resulta una conclusión: caso de existir un conflicto irreductible entre ambos derechos, será el derecho a la atención sanitaria el que deberá primar.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)).

Aspectos legales a recordar

A modo de resumen de la parte legal expuesta anteriormente, podemos utilizar los siguientes puntos:

1. Los médicos no están expidiendo la correspondiente receta para cada pinchazo, además, ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002.

2. La expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo. Resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.

3. Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. El derecho de admisión se configura como una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, por ejemplo, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color, a personas mayores de edad o a minusválidos. Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.

4. En lo que se refiere a la solicitud del pasaporte o certificado Covid en el ámbito laboral; podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy

claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio.

5. Cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada. Requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica. La única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.

6. En la "pandemia", las distintas restricciones o directamente, supresiones de derechos fundamentales, se han hecho bajo la premisa de la primacía del derecho de la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro. La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de diagnóstico; consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.

7. El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia. Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico…" traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.

8. La vacunación obligatoria no se puede imponer. En España no está reconocido el principio compensatorio, por tanto, el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la “vacuna” para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad. Además en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud.

9. La objeción de conciencia, aunque es reconocida como derecho, tiene límites, en contra de lo que algunos profesionales sanitarios creen. No es algo a lo que agarrarse legalmente por bienestar personal, cuando otros derechos fundamentales se ven afectados. Disfrazar una diferencia de pensamiento con los no “vacunados” bajo el manto de una pseudo-objeción por supuesto daño moral, además de no estar permitido legalmente, constata una manifiesta falta de respeto a otra forma de pensar e implica una flagrante discriminación de todo aquel que no piensa como el objetor. Si eso se permitiera, sería exactamente lo mismo que permitir al personal sanitario rechazar a un paciente por su sexo, raza o religión; aún cuando todos ellos tienen derecho a la atención sanitaria, lo cual, como ya he comentado en este informe, constituiría una clara discriminación, de forma totalmente similar a la que algunos dueños de locales ejercerían con el certificado Covid y que ya hemos visto que tampoco es legal.

PEREZ OLIVERO SERGIO JAVIER - 54042635H

Firmado digitalmente por PEREZ OLIVERO SERGIO JAVIER - 54042635H
Fecha: 2022.07.05 19:55:44 +01'00'